

LEITFADEN FÜR KOMMUNEN



DER EINSATZ VON FAMILIENHEBAMMEN IN NETZWERKEN FRÜHER HILFEN



Hinweise zur Verwendung der Bezeichnung »Familienhebamme«

a) in Bezug auf die Bedeutung anderer Gesundheitsberufe in den Frühen Hilfen:

In dem vorliegenden Leitfaden wird allgemein von Familienhebammen gesprochen. Begründet ist dies in erster Linie damit, dass sie im Bundeskinderschutzgesetz und in der Verwaltungsvereinbarung explizit benannt werden. Außerdem sind Familienhebammen – also Hebammen mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation – in den Frühen Hilfen bisher zum überwiegenden Teil tätig.

In der Verwaltungsvereinbarung (Artikel 2, Absatz 4) sind alle Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich aufgeführt, die im Rahmen der »Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen« unter bestimmten Bedingungen zum Einsatz kommen können. Voraussetzung ist, dass sie dem vom NZFH entwickelten Kompetenzprofil entsprechen. Es sind im Einzelnen:

- Familienhebammen, Familiengesundheitshebammen und Hebammen,
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger,
- Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen beziehungsweise Familien-Gesundheits und Kinderkrankenpfleger,
- Familiengesundheitspflegerinnen und -pfleger.

Der Leitfaden richtet sich ausdrücklich an die Gesamtheit dieser Gesundheitsberufe. Überall dort, wo eine Unterscheidung zwischen den Berufsgruppen oder die explizite Behandlung einzelner Berufe wichtig ist, wird dies im Text deutlich gemacht.

b) im Hinblick auf eine gendergerechte Schreibweise:

Bei der Berufsbezeichnung der Familienhebamme (beziehungsweise Hebamme) wird ausnahmsweise und insbesondere aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die weibliche Form benutzt. Entbindungspfleger, die in Deutschland bisher allerdings nur sehr vereinzelt anzutreffen sind, sind immer mit angesprochen.

**DER EINSATZ VON
FAMILIENHEBAMMEN
IN NETZWERKEN
FRÜHER HILFEN**
LEITFADEN FÜR KOMMUNEN

Herausgeber:
Nationales Zentrum
Frühe Hilfen (NZFH)
in der Bundeszentrale
für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA)

Autorinnen:
Ute Lange und Christiane Liebald
unter Mitwirkung
von Jennifer Jaque-Rodney

Redaktion:
Mechthild Paul (NZFH)

INHALT

WARUM EIN LEITFADEN FÜR DEN EINSATZ VON FAMILIENHEBAMMEN IN DEN FRÜHEN HILFEN?	6
DAS TÄTIGKEITSSPEKTRUM VON FAMILIENHEBAMMEN	9
Was spricht für den Einsatz von Familienhebammen in den Frühen Hilfen?	10
Wann werden Familienhebammen tätig?	11
Welche Tätigkeiten üben Familienhebammen aus?	14
Wie unterscheiden sich Familienhebammen von Hebammen?	16
Können Familienhebammen gleichzeitig auch als Hebammen tätig sein?	18
In welchem Präventionsbereich sind Familienhebammen tätig?	20
Welche Datenschutzauflagen müssen Familienhebammen berücksichtigen?	24
Wie sieht die derzeitige Fortbildungssituation für Familienhebammen aus?	26
Welche Relevanz hat das »Kompetenzprofil Familienhebammen« für die Bundesinitiative?	29
Welche weiteren Gesundheitsberufe können in die Betreuung von Familien im Rahmen der Bundesinitiative einbezogen werden?	32
DIE EINBINDUNG VON FAMILIENHEBAMMEN IN DAS NETZWERK FRÜHER HILFEN	36
Wie sieht die fallbezogene Zusammenarbeit von Familienhebammen mit anderen Beteiligten des Netzwerkes aus?	37
Warum wird von Familienhebammen als Lotsin innerhalb des Netzwerkes Früher Hilfen gesprochen?	40
Welche Beschäftigungs- und Vergütungsformen bieten sich für Familienhebammen im Rahmen der Bundesinitiative an?	42
Welche Familienhebammenprogramme im kommunalen Kontext haben sich bisher bewährt?	45
Was ist bei der fallübergreifenden Zusammenarbeit von Familienhebammen mit den Koordinierungsstellen und den Beteiligten des Netzwerkes Früher Hilfen zu bedenken?	49

HINWEISE AUF WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN	52
Informationen zu Frühen Hilfen und zur Bundesinitiative im Internet	53
Weitere Internetangebote	53
Internetadressen von Fachverbänden in der Hebammenhilfe	54
Internetadressen von Fachverbänden anderer Gesundheitsberufe	54
Ausgewählte themenbezogene Veröffentlichungen des NZFH	55
Weitere themenbezogene Veröffentlichungen	57
GLOSSAR	58

**WARUM EIN LEITFADEN
FÜR DEN EINSATZ VON
FAMILIENHEBAMMEN IN
DEN FRÜHEN HILFEN?**



Zum 1. Juli 2012 ist die Verwaltungsvereinbarung zur **Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen**¹ in Kraft getreten. Der gesetzliche Rahmen für diese Verwaltungsvereinbarung ist durch das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) geschaffen worden, das am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist.

Bis Ende 2015 fördert die Bundesinitiative den Aus- und Aufbau sowie die Weiterentwicklung der Netzwerke Früher Hilfen. Dazu gehören der Einsatz von Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren in den Kommunen sowie deren Qualifizierung und Fortbildung. Gefördert wird außerdem der Einsatz von Familienhebammen und von vergleichbaren Berufsgruppen sowie von ehrenamtlichen Strukturen in den Frühen Hilfen. Die Länder sind zuständig für die Qualifizierung, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in den genannten Förderbereichen.

In Artikel 2, Absatz 4 der Verwaltungsvereinbarung werden die Rahmenbedingungen für den Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich im Kontext Früher Hilfen geregelt. Dazu zählen insbesondere die Fördermöglichkeiten für ihre

- Tätigkeit in Familien im Kontext Früher Hilfen,
- Teilnahme an der Netzwerkarbeit Früher Hilfen,
- Qualifizierung, Fortbildung, Fachberatung und Supervision sowie für
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Dokumentation ihres Einsatzes in den Familien.

Der Bund hat das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) mit der Koordinierung der Bundesinitiative beauftragt, um überregionale Aufgaben wie die modellhafte Erprobung und Evaluation der Praxis, die fachliche Qualitätsentwicklung oder die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Strukturaufbaus in den Ländern und Kommunen zu unterstützen. Des Weiteren berät es die Steuerungsgruppe der Bundesinitiative, bestehend aus Vertretungen von Bund, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden, bei der fachlichen Umsetzung der Bundesinitiative. Die vom NZFH erarbeiteten Ergebnisse fließen in den Zwischen- und Abschlussbericht für

¹ Im Folgenden wird die allgemein übliche Kurzform »Bundesinitiative Frühe Hilfen« verwendet.

den Deutschen Bundestag ein. Darin werden Empfehlungen im Rahmen eines nach der Bundesinitiative dauerhaft eingerichteten Fonds für die flächendeckende Umsetzung der Frühen Hilfen gegeben.

Seit Beginn seiner Tätigkeit im Jahr 2007 unterstützt das NZFH die kommunale Praxis zu Fragen Früher Hilfen unter anderem durch Forschungsprojekte und Expertisen, wozu auch Fragen zum Tätigkeits- und Kompetenzprofil von Familienhebammen gehören.

Der hier vorliegende und unter Einbeziehung des Deutschen Hebammenverbands e.V. (DHV) für die kommunale Praxis entwickelte Leitfaden gibt die Kenntnisse und Sachstände (Stand Januar 2013) zum Einsatz von Familienhebammen in lokalen Netzwerken Früher Hilfen wieder, sofern sie für den Einsatz im Kontext der Bundesinitiative relevant sind. Er richtet sich in erster Linie an Vertreter und Vertreterinnen von

- kommunalen Diensten im Gesundheitswesen und in der Kinder- und Jugendhilfe,
- Koordinierungsstellen lokaler Netzwerke Früher Hilfen,
- Einrichtungen in freier Trägerschaft, die Aufgaben in den Frühen Hilfen ausüben und
- kommunalen Ausschüssen oder Gremien, die sich mit Fragen des Einsatzes von Familienhebammen in den Frühen Hilfen befassen.

Der Leitfaden versteht sich als »Einführung« in einen komplexen Sachverhalt, indem er möglichst knappe Antworten auf zentrale Fragen gibt:

- Im ersten Kapitel geht es um fachliche Grundlagen und Hintergrundinformationen, um die Möglichkeiten und Grenzen des Tätigkeitsspektrums von Familienhebammen in den Frühen Hilfen darzustellen.
- Anschließend werden im zweiten Kapitel Fragen behandelt, die für die organisatorische und strukturelle Einbindung von Familienhebammen in die Netzwerke Früher Hilfen von Bedeutung sind.
- Hinweise auf weiterführende Informationen und Materialien beinhaltet das dritte Kapitel. Dazu gehören Verweise auf themenbezogene Internetangebote des NZFH, der Länder und anderer Institutionen, auf Fachpublikationen und Adressen von Fachorganisationen für Familienhebammen und Frühe Hilfen.
- Das vierte Kapitel besteht aus einem Glossar mit Definitionen und ausführlicheren Erläuterungen zu ausgewählten Fachbegriffen, die im Text nur erwähnt oder kurz beschrieben werden.

Aktuelle Informationen und Materialien zur »Bundesinitiative Frühe Hilfen« werden vom NZFH im Internet (www.fruehehilfen.de) zur Verfügung gestellt und fortlaufend ergänzt. Darüber hinaus bieten die Bundesländer Internetportale für Frühe Hilfen mit länderspezifischen Informationen zur Durchführung der Bundesinitiative an.



DAS TÄTIGKEITSSPEKTRUM VON FAMILIENHEBAMMEN

WAS SPRICHT FÜR DEN EINSATZ VON FAMILIENHEBAMMEN IN DEN FRÜHEN HILFEN?

Im ersten Lebensjahr sind Kinder in besonderem Maße auf die Fürsorge und Pflege durch Erwachsene angewiesen. In dieser Zeit werden außerdem wesentliche Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung in der weiteren Kindheit geschaffen. Es gibt Lebensumstände und Belastungen, die es Eltern erschweren, für ihr Neugeborenes beziehungsweise ihren Säugling ausreichend zu sorgen. Frühe Hilfen bieten hier Unterstützung und Begleitung durch geschulte Fachkräfte und Ehrenamtliche an.

! Was machen Familienhebammen?

Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation. Diese befähigt sie dazu, Eltern und Familien in belastenden Lebenssituationen zu unterstützen, und zwar bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes. Sie gehen in die Familien und helfen den Eltern, den Familienalltag auf das Leben mit dem Baby umzustellen. Unter anderem geben sie Informationen und Anleitung zu Pflege, Ernährung, Entwicklung und Förderung des Kindes. Dabei binden sie alle Familienmitglieder ein. Die Familienhebammen vermitteln bei Bedarf weitere Hilfen. Sie sind damit für Familien wichtige Lotsinnen durch die zahlreichen Angebote der Frühen Hilfen.

2 Viele der an dieser Stelle und auch im weiteren Text genannten Aussagen beziehen sich nicht nur auf Familienhebammen, sondern generell auf Hebammen. Dies erklärt sich daraus, dass die Familienhebammentätigkeit auf der von Hebammen aufbaut. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die Nennung beider Berufsgruppen in der Regel verzichtet. Ausnahmen werden dort vorgenommen, wo die Erwähnung oder gegebenenfalls Unterscheidung beider Bezeichnungen aus inhaltlichen Gründen wesentlich ist.

3 Kursiv gesetzte Begriffe werden im Glossar erläutert.

4 Im Leitfaden wird allgemein von »Familie« beziehungsweise der »Familien-Kind-Beziehung« gesprochen, da Familienhebammen ihre Tätigkeit auf das gesamte Familiensystem ausrichten. Je nach Situation können einzelne Familienmitglieder (z. B. die Schwangere, das Kind, die Mutter, der

Ein spezifisches Tätigkeitsmerkmal von Familienhebammen ist, dass sie neben psychosozialen Aspekten auch gesundheitliche Belange von Mutter und Kind in den Mittelpunkt ihrer Arbeit stellen. Sie prüfen beispielsweise, ob die Gewichtszunahme eines Kindes normal verläuft und ob seine Ernährung beziehungsweise Pflege ausreichend sind. Aber auch mögliche Anzeichen für Erkrankungen der Mutter wie etwa eine Wochenbettdepression können von Familienhebammen frühzeitig erkannt werden. Aufgrund ihrer Hebammenausbildung² sind sie autorisiert, das Kind und bei Bedarf auch die Mutter körperlich zu untersuchen. So sind das Wiegen des Kindes oder die Begutachtung des Nabels Teil der normalen *Wochenbettbetreuung*³ durch Hebammen.

Familienhebammen können an den hohen Vertrauensvorsprung anknüpfen, den der Hebammenberuf allgemein in der Gesellschaft genießt. Dies erleichtert ihnen den Zugang zu Familien⁴ mit besonderem Unterstützungsbedarf im Kontext *Früher Hilfen*. Neben vielen Dingen, die den Umgang und das Zusammenleben mit dem Kind betreffen, unterstützen sie Schwangere, Mütter oder Eltern auch in praktischen Fragen: Bei Bedarf begleiten sie beispielsweise Frauen oder Paare zu Ärztinnen/Ärzten, zu sozialen Beratungsstellen oder vorübergehend zu pädagogischen Angeboten für das Kind wie etwa Krabbelgruppen. Familienhebammen können daher dazu beitragen, Familien aus der Isolation zu führen und sie mit Angeboten des Gesundheits- und Sozialsystems vertraut zu machen. Ein weiterer Fokus ihrer Tätigkeit liegt auf der Förderung von tragfähigen Beziehungsstrukturen innerhalb der Familie.

Das NZFH hat mehrere Modellprojekte und Expertisen gefördert, um die Familienhebammentätigkeit und zahlreiche andere Fragestellungen zu Frühen Hilfen zu untersuchen. In dem Projekt »Frühstart – Professionsgesteuerte Frühe Hilfe für Kinder und Familien in Sachsen-Anhalt« und in der Evaluation des Projektes »Keiner fällt durchs Netz« in Hessen und im Saarland wurde unter anderem festgestellt, dass Familienhebammen



- ein besonders hohes Vertrauen der Mütter genießen,
- die gesunde Entwicklung des Kindes positiv beeinflussen,
- die Eltern-Kind-Beziehung fördern und
- aufgrund ihrer Kenntnisse zur Wohn- und Lebenssituation der Familien eine Funktion als Lotsin zu weiteren Angeboten Früher Hilfen ausüben können.

Wesentliche Voraussetzungen für eine gelingende Unterstützung sind, dass Familienhebammen in ein Netzwerk von Sozial- und Gesundheitsangeboten eingebunden sind, damit sie notwendige weitere Hilfen an die Familie vermitteln können und die Familien auf freiwilliger Basis den Zugang zu Familienhebammen finden.⁵

WANN WERDEN FAMILIENHEBAMMEN TÄTIG?

Die Betreuung durch die Familienhebamme umfasst prinzipiell den Zeitraum vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes. Familienhebammen werden immer dann eingesetzt, wenn ein über die *Regelversorgung der Hebammenhilfe* hinausgehender Bedarf an Unterstützung festgestellt oder von den Eltern geäußert wird. Dieser kann sich sowohl auf die psycho-soziale Begleitung der Eltern als auch auf die Gesundheit des Kindes oder der Mutter beziehen.

Wann genau, für wie lange und auf wessen Veranlassung eine Familienhebamme zum Einsatz kommt und wie eng das Netz von Unterstützungsleistungen geknüpft sein sollte, ist nicht pauschal zu beantworten. Dies muss in jedem Betreuungsprozess individuell entschieden werden, wie das folgende Beispiel veranschaulicht.

Vater oder ggf. das Elternpaar) oder die Beziehung zwischen der Mutter, dem Vater beziehungsweise den Eltern und dem Kind im Fokus stehen. Eventuell sind auch weitere Familienmitglieder wie beispielsweise die Großeltern hinzuzuziehen. Wenn es aus inhaltlichen Gründen wichtig ist, werden im Text einzelne Personen oder Beziehungsstrukturen (z. B. Mutter-Kind-Bindung) benannt. Wenn von der Mutter, dem Vater oder den Eltern die Rede ist, müssen dies nicht zwingend die leiblichen sein. Darin einbezogen sind auch andere »primäre Bezugspersonen« wie beispielsweise Pflegeeltern.

⁵ Literaturhinweise und weitere Angaben finden sich in den Hinweisen auf weiterführende Informationen ab Seite 52.

FALLBEISPIEL⁶

Erster Teil: Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebensmonate des Kindes

Die 18-jährige Schülerin A. ist in der 20. Woche schwanger und nach dem Tod der Mutter bei ihrem Vater ausgezogen. Gemeinsam mit ihrem gleichaltrigen Freund lebt sie nun in einem separaten Zweizimmer-Appartement im Elternhaus des Freundes. Dieser hat seine Ausbildung vor wenigen Wochen abgebrochen und ist zurzeit arbeitslos. Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen hat sich das Paar gemeinsam für das Kind entschieden. Während das Verhältnis zu ihrem Vater belastet ist, hat A. zu ihrer Großmutter eine engere Beziehung. Zu den Eltern ihres Freundes besteht trotz der räumlichen Nähe nur ein sehr loser Kontakt, da diese der Schwangerschaft des jungen Paares kritisch gegenüberstehen.

Die Schülerin äußert gegenüber der Schulpädagogin Sorgen bezüglich der Geburt und Bedenken, ob sie und ihr Freund den Säugling angemessen versorgen können. Die Pädagogin macht A. daraufhin auf die Angebote der Schwangerschaftsberatung und die Möglichkeit der Hinzuziehung einer Hebamme aufmerksam. A. nimmt beide Vorschläge auf und stellt selbstständig den Kontakt zur Beratungsstelle und zur Hebamme her.

Die freiberuflich tätige Hebamme steht in der folgenden Zeit als wichtige Ansprechpartnerin zur Verfügung, sie übernimmt einzelne Untersuchungen im Rahmen der *Schwangerenvorsorge* und hilft bei Schwangerschaftsbeschwerden. Zudem verschreibt die betreuende Frauenärztin eine Einzel-Geburtsvorbereitung durch die Hebamme, da A. sich eine Teilnahme an einem Kurs mit vorwiegend älteren Schwangeren nicht zutraut.

Je näher der Geburtstermin rückt, desto deutlicher wird jedoch die Unsicherheit und partielle Überforderung der Schwangeren und ihres Partners. Überzogene Aufmerksamkeit von Seiten der Mitschülerin-

nen und Mitschüler und des Lehrpersonals machen einen Schulbesuch beschwerlich, dem A. schließlich durch ein Attest der Frauenärztin entzogen wird.

Die Ängste bezüglich der Geburt haben durch die Betreuung der Hebamme abgenommen. Das junge Paar geht jedoch allen Fragen aus dem Weg, wie es nach der Geburt mit der Schule und einer möglichen Ausbildung weitergehen soll. Auf Antrag der Schwangerschaftsberatungsstelle wird ihnen eine finanzielle Unterstützung durch die *Bundesstiftung Mutter und Kind* gewährt. Dennoch kommen die konkreten Vorbereitungen für das Zusammenleben mit dem Kind nur schleppend in Gang.

Die Hebamme sieht einen Bedarf an psycho-sozialer Betreuung des Paares, den sie jedoch nicht abdecken kann. Sie schlägt daher die zusätzliche Begleitung durch eine Familienhebamme vor. Im nah gelegenen Familienzentrum arbeitet eine Familienhebamme als Teilzeitangestellte des Jugendamtes in einem Team gemeinsam mit einer Sozialpädagogin und einer Psychologin. A. und ihr Partner suchen die Familienhebamme in deren Sprechstunde auf. Da die Familienhebamme einen Unterstützungsbedarf als gegeben ansieht und über ausreichende Zeiteresourcen verfügt, übernimmt sie die Betreuung mit durchschnittlich 1–2 Stunden wöchentlich.

Hebamme und Familienhebamme arbeiten daraufhin parallel mit der Schwangeren und ihrem Partner. Die Familienhebamme begleitet das Paar zu Ämtern und setzt mit ihnen die Ideen zur Umgestaltung der kleinen Wohnung aktiv um. Sie spricht darüber, wie der zukünftige Alltag mit dem Neugeborenen in den räumlich engen Verhältnissen bewältigt werden kann. Außerdem erneuert sie den Kontakt zur Schulpädagogin, um die Möglichkeiten eines Schulabschlusses nach der Geburt zu klären und notwendige Schritte

einzuweisen. Es gelingt außerdem, dem Partner die Bedeutung einer möglichst rauchfreien Umgebung für die Schwangere und für das Kind klar zu machen.

Durch die intensive Betreuung der Hebammen und Familienhebamme während der Schwangerschaft geht A. relativ gelassen in die Geburt und entbindet ihre Tochter komplikationslos im Beisein ihres Freundes. Die Geburtshilfe wird von den angestellten Hebammen des ortsansässigen Kreißsaals geleistet. Bereits im frühen Wochenbett findet in der Geburtsklinik ein durch das Jugendamt vergüteter Besuch der Familienhebamme statt, um den Kontakt zu erhalten und Fragen für die häusliche Situation zu besprechen.

Die *Wochenbettbetreuung* nach der Klinikentlassung am dritten Tag nach der Geburt findet durch die Hebammen statt. In der ersten Woche sind es 1 bis 2 Besuche täglich, danach kommt die Hebamme in Absprache mit der jungen Mutter seltener.

Die Familienhebamme besucht A. in dieser Zeit einmal in der Woche für kurze Gespräche, anfangs in loser Folge, um sich einen Eindruck von der

Situation der jungen Familie zu verschaffen und den weiteren Betreuungsbedarf zu ermitteln. Sie intensiviert ihre Betreuung nach 8 Wochen, als die Hebamme die Regelversorgung abschließt und die dringenden Fragen und Prozesse des Wochenbetts geklärt wurden. Mit dem Einverständnis der jungen Mutter erfolgt ein Übergabegespräch zwischen Hebamme und Familienhebamme.

Die Eltern meistern ihre Situation anfangs gut. Viel Aufmerksamkeit von Seiten der Freunde und Verwandten sowie der Stolz auf das Kind überdecken die nach wenigen Wochen beginnenden Symptome von Stress und Anspannung. Eine zunehmende Unruhe des Kindes, daraus resultierende nächtliche Störungen und lange Schreiphasen führen zu einer ersten ernsten Krise in der Partnerschaft. Die Familienhebamme sucht mit den Eltern nach Ursachen und Lösungen für das Schreiverhalten des Säuglings, moderiert zwischen den Elternteilen und sucht mit ihnen nach Möglichkeiten für eine Entlastung. Hier hilft letztendlich auch die Großmutter von A., indem sie gelegentlich auf das Kind aufpasst und Fahrten zum Kinderarzt begleitet.

Fortsetzung des Fallbeispiels auf S. 22

In diesem Fallbeispiel werden verschiedene Punkte angeschnitten, die für die Familienhebammentätigkeit in den Netzwerken Früher Hilfen typisch sind. Es beschreibt beispielsweise,

- wie oder durch wen die Hinzuziehung einer Familienhebamme angeregt werden kann (z. B. durch die bereits tätige Hebamme),
- wo die Familienhebamme institutionell angebunden ist (z. B. als Angestellte des Jugendamts in einem Familienzentrum),
- wer die Kosten für die Familienhebamme trägt (in diesem Fall das Jugendamt),
- wie es zum Einsatz der Familienhebamme kommt (z. B. durch ein gemeinsames Gespräch in der Sprechstunde),
- zu welchen anderen Einrichtungen des Netzwerkes Früher Hilfen die Familienhebamme parallel zu ihrer Tätigkeit einen Kontakt vermittelt oder welche Einrichtungen ihrerseits den Kontakt zur Familienhebamme herstellen (z. B. Schwangerschaftsberatungsstellen),

6 Die im Leitfaden verwendeten Fallbeispiele beruhen auf realen Betreuungsszenarien von Familienhebammen im Kontext Früher Hilfen.

- wie sich Hebamme und Familienhebamme die jeweiligen Tätigkeiten aufteilen,
- welche Aufgaben die Familienhebamme rund um die Geburt des Kindes übernimmt und was nicht zu ihrem Verantwortungsbereich gehört (z.B. keine aktive Geburtshilfe),
- wie die Betreuung nach der Geburt verläuft, welche Aufgaben von der Hebamme und welche von der Familienhebamme übernommen werden.

Im Folgenden werden zu diesen und weiteren Fragestellungen die wichtigsten Hintergrundinformationen und Empfehlungen für die kommunale Praxis gegeben.

WELCHE TÄTIGKEITEN ÜBEN FAMILIENHEBAMMEN AUS?

Der inhaltliche Schwerpunkt der Familienhebammentätigkeit liegt auf der psychosozialen und gesundheitlichen Betreuung und Begleitung von Schwangeren, Müttern/Vätern und Familien mit Kindern im ersten Lebensjahr mit erhöhtem Unterstützungsbedarf. Familienhebammen üben eine primär aufsuchende Tätigkeit in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen aus. Persönliche Kontakte können beispielsweise in der Wohnung der Familie, in (Hebammen-)Praxen, Kliniken, Mutter-Kind-Einrichtungen, Stadtteil- oder Familienzentren und Beratungsstellen stattfinden.

! **Betreuung und Begleitung – zwei zentrale Merkmale der Familienhebammentätigkeit**

Betreuende Tätigkeiten sind vor allem auf die gesundheitliche und psycho-soziale Unterstützung ausgerichtet, die von der Familienhebamme in dem jeweiligen familiären Umfeld selbst ausgeübt werden kann.

Begleitende Tätigkeiten bieten sich dann an, wenn die Familienhebamme psycho-soziale Belastungssituationen erkennt, die sie selbst nicht abdecken kann. In diesem Fall vermittelt sie passende Angebote und begleitet die betroffenen Familienmitglieder bei Bedarf zu Terminen, bis diese die Angebote dann selbsttätig wahrnehmen.

Der Aufgabenkatalog einer Familienhebamme ist daher vielschichtig und kann sich in jedem Unterstützungsprozess anders gestalten. Die folgende Übersicht listet die wichtigsten potenziell möglichen Tätigkeiten während des gesamten Betreuungszeitraums auf.⁷

Betreuung und Begleitung während der Schwangerschaft:

- Ermittlung eines speziellen Unterstützungsbedarfs im Kontext Früher Hilfen sowie der Ressourcen der Familie.
- Förderung der Teilnahme an Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen der Schwangeren.
- Begleitung zu Hilfs-, Behandlungs- und Betreuungsangeboten (z. B. Arztpraxen, Ämter, Klinik).

- Vermittlung oder Durchführung von Gruppenangeboten oder Sprechstunden für Schwangere mit besonderem Unterstützungsbedarf, gegebenenfalls mit Partner oder Begleitperson (z. B. spezielle Angebote für Minderjährige).
- Unterstützung beim Schaffen einer für das Kind förderlichen Umgebung.
- Aufhebung von Isolation durch Vermittlung und Begleitung zu Angeboten.

Alle an die Geburt gekoppelten Leistungen gehören nicht zum Tätigkeitsspektrum der Familienhebamme. Sie betreibt keine aktive Geburtshilfe.⁸



Betreuung und Begleitung nach der Geburt:

- Informationen und Anleitung zu Fragen der Pflege, Ernährung, des Schreiverhaltens, der Entwicklung des Kindes und einer adäquaten Förderung nach der 8. Lebenswoche des Kindes beziehungsweise über die Intensität der *Regelversorgung der Hebammenhilfe* hinaus.
- Hinweise und gegebenenfalls Begleitung zu Vorsorgeuntersuchungen des Kindes und bei Bedarf zu weiteren Stellen (z. B. Arztpraxen, Frühförderstellen, Ämter, Klinik).
- Beobachten der körperlichen und emotionalen Entwicklung des Kindes.
- Anleitung der Eltern bei der Gestaltung eines sicheren und förderlichen Wohnumfelds für das Kind; Unfallprävention.
- Hilfe beim Aufbau einer Tagesstruktur und der Entwicklung einer an die jeweilige Familie angepassten Alltagsplanung.
- Abbau von Isolation durch Vermittlung und Begleitung zu Gruppenangeboten (z. B. Krabbelgruppe oder andere Eltern-Kind-Angebote).
- Hilfe bei der Aneignung von Erziehungskompetenzen und Unterstützung beim Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung beziehungsweise Vater-Kind-Beziehung.
- Einbindung aller relevanten Familienmitglieder in die Sorge und Verantwortung für das Kind.
- Zielgruppenspezifische Gruppenangebote (z. B. spezielle Angebote für Minderjährige).

Weitere Besonderheiten für die Tätigkeit von Familienhebammen während des gesamten Betreuungszeitraums sind:

Qualitätssicherung und Netzwerktätigkeiten:

- Teilnahme an Team- oder Fallbesprechungen, Supervision, Fachberatung.
- Teilnahme am kommunalen Austausch (z. B. Treffen des Netzwerkes Früher Hilfen, »Runder Tisch« oder Fallkonferenzen), Abstimmung und Kontaktpflege mit Netzwerkpartnern und -partnerinnen.
- Recherche zur Übermittlung der Familien an passgenaue Angebote.
- Je nach Vereinbarung mit der beauftragenden kommunalen Stelle eine erweiterte Dokumentation und gegebenenfalls Evaluation (unter Wahrung des Datenschutzes).

7 Diese Übersicht ist vom NZFH in Abstimmung mit dem Deutschen Hebammenverband e.V. im Rahmen der Vorbereitung der Bundesinitiative Ende 2011 entwickelt worden.

8 Ausführlichere Informationen zur Abgrenzung der Familienhebammentätigkeit zur Hebammenhilfe stehen auf Seite 16 des Leitfadens.



Das NZFH hat eine Dokumentationsvorlage erarbeitet. Diese ist ein Serviceangebot für Familienhebammen, das ihnen die Dokumentation ihrer Arbeit mit den Familien erleichtert. Sie wurde unter Berücksichtigung der geltenden Datenschutzregeln im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen entwickelt. Sie ist zudem ein Basisinstrument für die wissenschaftliche Evaluation der Bundesinitiative.

Administrative und telekommunikative Aufgaben:

- Beratungen im persönlichen Kontakt oder mittels Kommunikationsmedien (Telefon, SMS, E-Mail) über die in der *Hebammen-Vergütungsvereinbarung* festgelegte Anzahl hinaus. Beratungen können sich auf alle Inhalte der Familienhebammentätigkeit beziehen, die zum Beispiel auch bei Besuchen oder Treffen thematisiert werden.
- Nachgehende Telefonate, falls die Familie trotz Terminvereinbarung nicht angetroffen wurde.
- Telefonate mit Netzwerkpartnern und -partnerinnen zur Recherche und Abstimmung passgenauer Angebote.
- Bei Bedarf pro-aktive Kontaktaufnahme zu weiteren Unterstützungsmaßnahmen des Netzwerkes, um die Akzeptanz für die Inanspruchnahme der Angebote durch die betreute Familie zu erhöhen (unter Umständen auch Begleitung zu einem Termin).

WIE UNTERSCHIEDEN SICH FAMILIEN-HEBAMMEN VON HEBAMMEN?⁹

Da die Tätigkeit von Familienhebammen auf der *Regelversorgung der Hebammenhilfe* aufbaut, liegt ihr das Berufsprofil der **Hebamme** mit den entsprechenden rechtlichen Rahmenbedingungen zugrunde:

- Die Hebammenleistungen während der Schwangerschaft und Mutterschaft sind in der Reichsversicherungsordnung (§§ 179, 195–200 RVO) und in der *Hebammen-Vergütungsvereinbarung* (§ 134a SGB V) geregelt. Die einzelnen Leistungen der Hebammenhilfe sowie deren Vergütung und die Modalitäten der Beantragung sind in den auf der Grundlage des § 134a SGB V geschlossenen Verträgen geregelt, die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Berufsverbänden der Hebammen sowie den von Hebammen geleiteten Einrichtungen (z. B. Geburtshäuser) geschlossen werden. Die Fachaufsicht hat der öffentliche Gesundheitsdienst (Gesundheitsamt).
- Die **außerklinisch arbeitende** Hebamme bietet eine Regelleistung des Gesundheitssystems an und ist **immer freiberuflich** tätig. Sie wird unmittelbar von der Schwangeren oder Mutter beauftragt und seltener innerhalb des Systems der Frühen Hilfen vermittelt. Von einzelnen Leistungen speziell in der Schwangerschaft und während der Geburt abgesehen, wird sie in der Regel mit Pauschalbeträgen

9 Da Familienhebammen nicht in der aktiven Geburtshilfe tätig sind, wird unter dieser Fragestellung ausschließlich das Tätigkeitsspektrum während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Wochenbett) behandelt.

10 Ausführliche Angaben zu den Hebammenleistungen sind im Glossar unter dem Stichwort »Wochenbettbetreuung durch die Hebamme« enthalten. Die jeweils gültige Hebammen-Vergütungsvereinbarung kann u. a. unter <http://www.hebammengesetz.de> eingesehen werden.

11 Ein Bestandteil der Verwaltungsvereinbarung ist u. a. das »Kompetenzprofil Familienhebammen«, das als Referenzrahmen für Fort- und Weiterbildungsangebote vom NZFH entwickelt wurde. Es wird auf S.29 des Leitfadens ausführlicher behandelt.

12 Weitere Informationen zu Beschäftigungs- und Finanzierungsformen finden sich ab S. 42


vergütet. Die Leistungen der Hebamme bedürfen im Rahmen der Gebührenordnung keiner ärztlichen Überweisung.

- Die *Wochenbettbetreuung* ist eine *vorbehaltene Tätigkeit* von Hebammen und Ärzten/Ärztinnen. Die Überwachung des Wochenbettverlaufs umfasst insbesondere die Beratung, Betreuung und/oder Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Leistungen. Innerhalb der ersten 10 Lebenstage des Kindes können derzeit maximal 20 persönliche Kontakte oder solche mittels Kommunikationsmedien (z.B. per Telefon oder E-Mail) abgerechnet werden. In dem Zeitraum zwischen dem 11. Tag bis zum Ablauf von 8 Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu 16 Leistungen berechnungsfähig. Danach kann die Mutter bis zu 8-mal (bis zum Ende der Abstillphase bzw. bis zum Ende des 9. Monats nach der Geburt) bei Ernährungsproblemen des Säuglings durch persönlichen Kontakt oder mittels Kommunikationsmedien beraten werden.¹⁰

Zur Abrechnung mit den Krankenkassen sind entsprechend der *Hebammen-Vergütungsvereinbarung* nur freiberufliche Hebammen befugt. 

Die Tätigkeit von **Familienhebammen** ist als Querschnittsaufgabe sowohl im Gesundheitsbereich als auch in der Kinder- und Jugendhilfe zu verorten. Das »Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)«, das als Artikel 1 in das »Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG)« aufgenommen wurde, regelt den Einsatz von Familienhebammen im Netzwerk Früher Hilfen insbesondere unter strukturellen und finanziellen Gesichtspunkten. Weiterführende Regelungen enthält die Verwaltungsvereinbarung »Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen«, die zwischen den Bundesländern und dem Bund mit Wirkung zum 1. Juli 2012 geschlossen wurde.¹¹

Die Familienhebamme bietet eine Leistung außerhalb der in der *Hebammen-Vergütungsvereinbarung* festgelegten gesetzlichen Regelleistungen an. Ihre Tätigkeiten und Vergütung sind daher das Ergebnis eines Aushandlungsprozesses mit der beauftragenden Institution und können inhaltlich und strukturell variieren. Die Familienhebamme kann auf Honorarbasis oder angestellt arbeiten.¹² Ausnahmen bilden unter Umständen Landesprogramme, bei denen kein individueller Aushandlungsprozess

Der Begriff der »Familienhebamme« ist nicht gesetzlich geschützt, es handelt sich nicht um eine eigenständige Berufsbezeichnung. Rechtlich sind »Familienhebammen« weiterhin »Hebammen« und unterliegen den für Hebammen bindenden rechtlichen Rahmenbedingungen wie dem Hebammengesetz und den Berufsordnungen der Länder. Es gibt derzeit keine rechtlich verbindliche Regelung bezüglich ihres Tätigkeitsspektrums, ihrer Zusatzqualifikationen und der Beschäftigungsform. Wer sich Familienhebamme nennen darf, ist aber **immer** eine staatlich examinierte Hebamme mit Berufserlaubnis. 

zwischen Institution und Familienhebamme auf kommunaler Ebene möglich ist, sondern landesweit geltende einheitliche Vorgaben bestehen.

KÖNNEN FAMILIENHEBAMMEN GLEICHZEITIG AUCH ALS HEBAMMEN TÄTIG SEIN?

Es ist grundsätzlich möglich, dass Familienhebammen parallel zu dieser speziellen Tätigkeit als Hebammen arbeiten. Ein gängiges Modell ist, dass sie auf Teilzeit- oder Honorarbasis für eine kommunale Stelle wie Jugend- oder Gesundheitsamt oder einen freien Träger¹³ und daneben als freiberufliche Hebamme tätig sind. Dies bedeutet auch, dass Familienhebammen oftmals bei entsprechender Auftragslage bei derselben Familie auch originäre Hebammentätigkeiten ausüben können.

Die Abgrenzung originärer Hebammenleistungen von denen der Familienhebamme kann nur in jedem Einzelfall vorgenommen werden. Einige Tätigkeiten der Familienhebamme, wie die Begleitung zu weiterführenden Angeboten, gehören eindeutig nicht zu den Leistungen der *Regelversorgung der Hebammenhilfe*. Sie nehmen außerdem weniger das gesamte Familiensystem in den Blick, sondern ihr Schwerpunkt liegt auf der Betreuung von Mutter und Kind. Im Rahmen der Bundesinitiative wird eine deutlichere Abgrenzung der Arbeit von Hebammen in der Regelversorgung und den Tätigkeitsfeldern der Familienhebamme beispielweise durch das Kompetenzprofil und durch ein Dokumentationsinstrument für Familienhebammen erleichtert.



Familienhebammen- und Hebammentätigkeit in Personalunion oder von verschiedenen Personen – beide Modelle haben Vor- und Nachteile!



In der kommunalen Praxis und bei einzelnen Modellprogrammen haben sich beide Ansätze bewährt. Bietet die Familienhebamme auch gleichzeitig Hebammenleistungen der Regelversorgung für dieselbe Familie an, so ermöglicht sie eine Betreuungskontinuität und die Chance einer durchgehenden Vertrauensbeziehung. Eine kommunale Regelung darüber, wie viele Stunden eine Familienhebamme monatlich maximal eingesetzt werden kann, erleichtert die Planungssicherheit für die Auftraggeber/-innen und den Schutz der Familienhebamme vor Überlastung. Andererseits kann die Familienhebamme bei diesem Modell aus zeitlichen Gründen weniger Familien betreuen, was unter Umständen zu Engpässen bei der Betreuung durch Familienhebammen in der Kommune führen kann.

Manche Familienhebammen berichten hingegen, dass eine Trennung der beiden Arbeitsbereiche zur professionellen Rollenklärung vor allem auch gegenüber den Familien beiträgt. Auch empfinden sie es teilweise als entlastend, die Regelversorgung nicht in die Familienhebammentätigkeit integrieren zu müssen, da diese andere zeitliche Ressourcen und organisatorische Rahmenbedingungen erfordert.

Letztendlich kann nur im Einzelfall entschieden werden, welches Modell vorteilhafter ist. Das jeweils bevorzugte Betreuungssetting ist auch davon abhängig,

- welche Unterstützungsleistungen die Familie benötigt,
- was sich die betreuende Familie wünscht,
- welche Zeitressourcen bei den Familienhebammen beziehungsweise Hebammen zur Verfügung stehen,
- nach welchen Beschäftigungsmodellen oder Familienhebammenprogrammen vor Ort gearbeitet wird und
- ob die eingesetzte Familienhebamme die formalen Voraussetzungen erfüllt, um auch originäre Hebammentätigkeiten als Regelleistung ausüben zu können.

Für originäre Hebammenleistungen müssen Familienhebammen wie bei allen Leistungen der *Regelversorgung der Hebammenhilfe* die notwendigen Versicherungen abschließen und formale Voraussetzungen wie den Status der Freiberuflichkeit erfüllen. Sie unterliegen der *Quittierungspflicht* und sind dem Gesundheitsamt unterstellt. Sie rechnen die verschiedenen Leistungen als Hebamme der Regelversorgung einerseits und als Familienhebamme andererseits getrennt voneinander ab. Und schließlich müssen die Leistungen auch inhaltlich voneinander getrennt und jeweils unter Wahrung des *Transparenzgebots*¹⁴ gegenüber den betreuten Personen ausgeübt werden.

Die andere Möglichkeit ist, dass die Familienhebamme ausschließlich in ihrem speziellen ergänzenden Tätigkeitsfeld arbeitet und die Regelversorgung von anderen freiberuflichen Hebammen ausgeübt wird. Falls die Familienhebamme nicht parallel als freiberufliche Hebamme tätig ist und keine Leistungen nach §134a SGB V anbietet, ist sie mit Hebammen der Regelversorgung vernetzt und vermittelt diese gegebenenfalls an die von ihr betreuten Frauen.

13 Unterschiedliche Beschäftigungsmodelle von Familienhebammen sind im zweiten Teil des Leitfadens ausführlicher dargestellt.

14 Das Transparenzgebot bezieht sich sowohl auf Informationsgewinnung (Datenerhebung) als auch die Informationsweitergabe (Datenübermittlung), die nur auf Grundlage des Einverständnisses durch die betroffene Person erfolgen darf. Weitere Informationen zu diesem Stichwort sind im Glossar enthalten.

IN WELCHEM PRÄVENTIONSBEREICH SIND FAMILIENHEBAMMEN TÄTIG?

Die Tätigkeit von Familienhebammen im Kontext Früher Hilfen ist in der Sekundärprävention angesiedelt. Für die sekundäre wie auch für die primäre Prävention gilt, dass die Inanspruchnahme von Leistungen auf dem Prinzip der Freiwilligkeit – in diesem Fall der (werdenden) Eltern – basiert. Eine Ablehnung der Leistung wird weder namentlich gemeldet, noch ist sie mit Konsequenzen für die Familie verbunden. Eine eventuelle Weitergabe von Daten und Informationen erfordert das Einverständnis der betreffenden Frau/Familie (*Transparenzgebot*). Falls gewichtige Anhaltspunkte für eine *Kindeswohlgefährdung* wahrgenommen werden, diese mit den Eltern erörtert wurden und die Eltern nicht bereit sind, bei der Abwendung zu kooperieren, können Daten auch ohne Zustimmung der Eltern weitergegeben werden. Über die Datenweitergabe sind die Eltern vorab zu informieren, außer der weitere Schutz des Kindes ist dadurch gefährdet.

! Präventionsansätze im Sozial- und Gesundheitswesen werden nach drei Gesichtspunkten differenziert:

- dem Zeitpunkt der Maßnahme: **primär, sekundär, tertiär**,
- dem Bedarf der Zielgruppe: **universell, selektiv, indiziert** und
- dem Ansatzpunkt: personal, strukturell (auch als Verhaltens- oder Verhältnisprävention unterschieden).

Für die Frühen Hilfen sind auch Angebote grundlegend, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten = universelle primäre Prävention.

In erster Linie wenden sich Frühe Hilfen aber an Familien in Problemlagen mit einem besonderen Unterstützungsbedarf = selektive sekundäre Prävention. Wenn es im Verlauf der Frühen Hilfen dennoch zu einer *Kindeswohlgefährdung* kommt, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden = indizierte tertiäre Prävention.¹⁵

Für die Leistungen von Familienhebammen in der Sekundärprävention gelten insbesondere folgende Voraussetzungen:

- Die Leistung ist an die Bezahlung eines kommunalen oder freien Trägers gebunden, sie ist keine gesetzliche Regelleistung im Rahmen der *Hebammen-Vergütungsvereinbarung*.
- Die Initiative zur Inanspruchnahme geht von der Schwangeren, von den Eltern beziehungsweise den primären Bezugspersonen des Kindes aus oder wird innerhalb des Netzwerkes Frühe Hilfen vermittelt und setzt die Motivation zur Hilfeannahme der Familie voraus.

§

Das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) regelt, dass Familienhebammen und andere Berufsgruppen in den Frühen Hilfen (sogenannte Berufsheimnisträger/-innen) einen Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft gegenüber dem öffentlichen Träger der Jugendhilfe haben, um das Risiko einer Kindeswohlgefährdung besser einschätzen zu können. In diesem Fall dürfen sie in anonymisierter Form erforderliche Daten zur Verfügung zu stellen (§ 4, Abs. 2, KKG).

- Der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung wird innerhalb des zur Verfügung stehenden Etats von der Familienhebamme in Abstimmung mit der Familie bestimmt.
- Die Familienhebamme unterliegt den gesetzlichen Schweigepflichtregelungen¹⁶, sie ist Berufsheimnisträgerin. Eine Weitergabe von Daten ist nur nach vorherigem Einverständnis der betreuten Familie zur Aufhebung der Schweigepflicht möglich.
- Indikation, Dauer und inhaltlicher Schwerpunkt der Hilfeleistung wird von der beauftragenden Stelle und in Abstimmung mit der Familie festgelegt.
- Das Leistungsspektrum der Familienhebamme im ersten Lebensjahr des Kindes geht über die *vorbehaltene Tätigkeit für Hebammen* und die von den Krankenkassen vergüteten Gebührenpunkte hinaus. Es kann je nach inhaltlichem Schwerpunkt auch von anderen Gesundheitsfachberufen im Kontext Früher Hilfen ausgeführt werden.

Wie jede Fachkraft im Feld der Frühen Hilfen muss auch die Familienhebamme unter Umständen im Sinne des Kinderschutzes aktiv werden, falls sie wichtige Anhaltspunkte für eine *Kindeswohlgefährdung* erkennen sollte.

»Für diesen Fall thematisiert die Familienhebamme gegenüber der Mutter, dem Vater oder anderen primären Bezugspersonen des Säuglings die wahrgenommenen Anhaltspunkte und wirkt soweit erforderlich auf die Inanspruchnahme von Hilfen hin. Sie kann bei der Einschätzung der Kindeswohlgefährdung die Beratung einer sogenannten insoweit erfahrenen Fachkraft hinzuziehen. Reichen die eigenen Möglichkeiten der Familienhebamme nicht aus, um die Gefahr abzuwenden, kann sie das Jugendamt hinzuziehen, nachdem sie den Eltern mitgeteilt hat, dass dies erfolgen wird. Liegt im Ergebnis keine Kindeswohlgefährdung vor, ist ein Fortsetzen der Hilfe

15 Diese Beschreibung ist in gekürzter Weise entnommen: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2009): Begriffsbestimmung »Frühe Hilfen« des Wissenschaftlichen Beirats. Der Text ist im Glossar unter dem Begriff »Frühe Hilfen« enthalten.

16 Weiterführende Informationen zum Datenschutz finden sich ab S. 24 des Leitfadens.

FORTSETZUNG FALLBEISPIEL

Zweiter Teil: 6. – 12. Lebensmonat des Kindes

Kurz bevor das Kind ein halbes Jahr alt ist, beobachtet die Familienhebamme eine zunehmende Unzufriedenheit und Gereiztheit von A. Diese vernachlässigt nun öfter ihre eigene Pflege und die der Wohnung und wirkt – egal zu welcher Tageszeit – unausgeschlafen. Der Partner ist beim Besuch der Familienhebamme, anders als früher, kaum noch anwesend. Der Ernährungs- und Pflegezustand des Kindes ist weiterhin altersgerecht, jedoch reagiert die Mutter weniger auf den Blickkontakt des Kindes, macht kaum noch Spielangebote und wirkt unterschwellig aggressiv, wenn das Kind unruhig ist oder längere Zeit schreit (z. B. grober Umgang oder Anschreien des Kindes).

Nach mehrmaligem Nachfragen erfährt die Familienhebamme, dass es Probleme in der Partnerschaft gibt. A. vermutet, dass ihr Freund eine neue Beziehung eingegangen ist, von der er aber bislang nicht spricht. Die Familienhebamme macht sich Sorgen, auch weil die junge Mutter in der Wohnung des Freundes lebt und daher in besonderem Maße abhängig von ihm ist. Gespräche darüber, vorsorglich eine andere Wohnmöglichkeit zu suchen, werden von A. abgelehnt, da sie hofft, dass die Krise nur vorübergehend ist. Die Familienhebamme erhöht die Frequenz ihrer Besuche und initiiert den wöchentlichen Besuch in einer Spielgruppe, um die Mutter aus der Isolation herauszuholen.

Wenige Tage nach ihrem letzten Besuch erhält die Familienhebamme einen telefonischen »Hilferuf« von A., in dem sie mitteilt, dass sie nach einer Eskalation aus der Wohnung des Freundes »geflogen« sei und nicht wisse, wo sie hinkönne. Ihr eigener Vater sei nicht bereit, sie aufzunehmen und ihre Großmutter sei ebenfalls nicht dazu in der Lage. Gerade sei sie für ein paar Tage bei einer Freundin untergekommen. Die Familienhebamme wendet sich im Einverständ-

nis mit A. an das Jugendamt, welches kurzfristig einen Platz in einem nahegelegenen Mutter-Kind-Heim anbietet.

Die junge Mutter wünscht, auch dort von der Familienhebamme besucht zu werden. Die Familienhebamme findet vorerst eine verzweifelte und antriebschwache A. vor, die auf die Signale des Kindes nur zögerlich reagiert und nicht in der Lage ist, über ihre Situation zu sprechen. Die Mitarbeiterinnen des Mutter-Kind-Heimes gewährleisten durch ihre kontinuierliche Anwesenheit und Unterstützung, dass A. die Versorgung ihres Kindes aufrecht erhält, und beobachten die Interaktion von Mutter und Kind im Hinblick auf Zeichen einer *Kindeswohlgefährdung*, zum Beispiel in Bezug auf das latent aggressive Verhalten der Mutter in besonderen Belastungssituationen (z. B. bei längeren Schreiphasen des Kindes). Sie moderieren außerdem die Besuche des Kindsvaters und achten auf die Interaktion der Eltern hinsichtlich der angestrebten gemeinsamen Übernahme von Verantwortung für das Kind. Gleichzeitig hilft die Familienhebamme beim Übergang zur Beikost, steht A. als vertraute Ansprechpartnerin zur Verfügung und hilft dieser beim Umgang mit dem Kind. Nachdem A. der Familienhebamme gegenüber ihr Einverständnis zur Aufhebung der Schweigepflicht gegeben hat, gibt diese den Verantwortlichen im Mutter-Kind-Heim Rückmeldungen über den gesundheitlichen Zustand des Kindes.

Langsam aber kontinuierlich stabilisiert sich A. emotional. Sie nimmt zunehmend an den Gruppenangeboten im Mutter-Kind-Heim teil und ist nach ein paar Wochen bereit, ihre Zukunftsplanung bezüglich der Wohnsituation mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) und zu Möglichkeiten des Schulabschlusses mit der Schulpädagogin zu besprechen.

Die Familienhebamme betreut die Mutter und ihr Kind noch bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres des Kindes. Sie kann die Frequenz ihres Einsatzes zum Ende des Betreuungszeitraums erheblich reduzieren.

Damit A. nach dem geplanten Umzug in eine eigene Wohnung auch zukünftig einen Austausch mit

Frauen in einer vergleichbaren Lebenssituation erhält, vermittelt die Familienhebamme den Kontakt zur Selbsthilfegruppe »Berufliche Lebensplanung für junge Mütter«. Diese Gruppe bietet spezielle Angebote für junge Mütter an, um die Vereinbarkeit von Mutterschaft und Schulausbildung zu unterstützen. A. bekundet ihr Interesse, Kontakt zu der Selbsthilfegruppe aufzunehmen.

wie gehabt möglich. Kompetenzen von Familienhebammen im Zusammenhang mit einer möglichen Kindeswohlgefährdung beziehen sich daher insbesondere auf diesen Klärungs- und Vermittlungsprozess«. ¹⁷

Die Arbeit der Familienhebamme an der Schnittstelle von sekundärer zu tertiärer Prävention, d. h. im Rahmen einer Hilfe nach § 8a SGB VIII, die das Jugendamt für notwendig ansieht, um eine Gefährdung abzuwenden, bedarf einer besonderen Aufmerksamkeit. Obwohl die Familienhebammentätigkeit in den Frühen Hilfen ausschließlich dem sekundärpräventiven Bereich zuzuordnen ist, kann sich ein Fall im Betreuungszeitraum dahingehend entwickeln, dass das Jugendamt seinen Schutzauftrag im Sinne des § 8a des SGB VIII ausüben muss. Es kann sinnvoll sein, dass die Familienhebamme im Sinne ihrer sekundärpräventiven Tätigkeit ergänzend zu anderen Maßnahmen einbezogen bleibt. Sie ist in keinem Fall verantwortlich für die Diagnose einer *Kindeswohlgefährdung*. Diese sowie auch die Einschätzung weiterer Vorgehensweisen liegen immer in der Verantwortung der Jugendhilfe.

Im zweiten Teil des Fallbeispiels werden verschiedene Schnittstellen zu anderen Unterstützungseinstellungen des Netzwerkes Früher Hilfen beschrieben. Es geht unter anderem darum:

- welche Anlässe eine intensivere Betreuung durch die Familienhebamme erfordern können,
- wann und in welcher Weise die Familienhebamme ihre Funktion als Lotsin zu anderen Angeboten Früher Hilfen ausübt (z. B. Vermittlung eines Mutter-Kind-Heimes über das Jugendamt oder zum Allgemeinen Sozialen Dienst),
- wie die Familienhebamme ihre Tätigkeit im Rahmen der sekundären Prävention weiter ausüben kann und wie sich die Zusammenarbeit mit dem Mutter-Kind-Heim gestaltet,
- welche Kooperationsformen zwischen der Familienhebamme und den Mitarbeiterinnen des Mutter-Kind-Heimes es unter Wahrung des Vertrauensschutzes ermöglichen, den Kontakt zwischen den Eltern und dem Kind zu stabilisieren, so dass eine *Kindeswohlgefährdung* ausgeschlossen werden kann,

17 NZFH /Hrsg. (2012): Kompetenzprofil Familienhebammen. Köln, S. 21.

- wie lange die Familienhebamme Mutter und Kind begleitet und was sie unternehmen kann, um den Übergang in die selbstverantwortete Lebensphase zu erleichtern.

Das Fallbeispiel verdeutlicht darüber hinaus, dass die Einhaltung der Datenschutzaufgaben bei einer Zusammenarbeit mit anderen Stellen und Personen des Netzwerkes Früher Hilfen einen besonders sensiblen Punkt darstellt. Im Folgenden sollen daher die formalen Grundlagen zum Datenschutz eingehender behandelt werden.¹⁸

WELCHE DATENSCHUTZAUFLAGEN MÜSSEN FAMILIENHEBAMMEN BERÜCKSICHTIGEN?

Familienhebammen bauen im Verlaufe ihrer länger währenden und intensiven Betreuungstätigkeit ein besonderes Vertrauensverhältnis zu der Familie auf. Dies erfordert einen entsprechend sorgfältigen und transparenten Umgang mit den Auflagen des Datenschutzes. Nur so kann ihre Glaubwürdigkeit gewahrt bleiben, die wiederum eine der zentralen Bedingungen für eine gelungene Betreuungsleistung ist.

Unter dem Begriff der »Familienhebamme« ist unter rechtlichen Gesichtspunkten keine neue Berufsbezeichnung zu verstehen, auch wenn sich ihr Tätigkeitsfeld und die strukturellen Rahmenbedingungen von denen der Hebamme unterscheiden. Familienhebammen sind rechtlich immer noch Hebammen, sie unterliegen daher weiterhin dem Hebammengesetz sowie den länderspezifischen Berufsordnungen und den Datenschutzbestimmungen. Damit gelten für beide Gruppen dieselben Regelungen bezüglich der Schweigepflicht. Hebammen sind Berufsheimnisträgerinnen:

»Die Hebamme ist gemäß § 203 Strafgesetzbuch streng verpflichtet zur Verschwiegenheit über alle Geheimnisse, die ihr im Rahmen ihrer Berufsausübung anvertraut wurden oder sonst bekannt geworden sind. Die Bedeutung der Schweigepflicht ist sehr hoch anzusiedeln, da auf ihr das Vertrauen beruht, das die Frau der Hebamme entgegenbringt. Die Schweigepflicht umfasst sowohl Umstände, die sich direkt aus der Betreuung ergeben als auch alle Umstände aus dem persönlichen Bereich der Frau, die sie der Hebamme erzählt oder die diese beobachtet. Die Verletzung der Schweigepflicht hat neben zivil- und arbeitsrechtlichen auch strafrechtliche Konsequenzen (§ 203 Strafgesetzbuch StGB).«¹⁹

Die Schweigepflicht gilt gegenüber anderen Berufsgruppen (beispielsweise Ärztinnen/Ärzten oder anderen Hebammen), Familienangehörigen (wozu auch Eltern minderjähriger Schwangerer/Mütter oder neue Partner/-innen gehören können) und offiziellen Stellen (Polizei, Gericht, Ämter und Behörden).

Neben den grundlegenden Regelungen zur Schweigepflicht sind die Vorgaben zum konkreten Umgang mit Daten der betreuten Frauen und Familien von Bedeutung.

18 Der folgende Abschnitt enthält einige Aussagen, auf die bereits an anderer Stelle des Leitfadens unter einer anderen Themenstellung hingewiesen wurde. Im Folgenden geht es um die damit verbundenen (datenschutz-)rechtlichen Aspekte.

19 Knobloch R., Selow, M. (2010): Dokumentation im Hebammenalltag, S. 12.


20 Knobloch R., Selow, M. (2010): Dokumentation im Hebammenalltag, S. 17.

21 NZFH (2010): Datenschutz in den Frühen Hilfen/Praxiswissen kompakt, S. 31–32.

22 Da die Durchführung der Bundesinitiative wissenschaftlich evaluiert wird, stellen die Familienhebammen dem NZFH für Forschungszwecke Daten in anonymisierter Form zur Verfügung. Dafür wird ein einheitliches Dokumentationssystem verwendet.

Auch hier gelten für Familienhebammen die Auflagen, wie sie auch für Hebammen bindend sind:

- Bereits vor der Erhebung der Daten muss die Frau wissen, welche Daten zu welchem Zweck gesammelt werden und zu welchem Zweck sie weitergeleitet werden.
- Alle Daten sind so aufzubewahren, dass sie gegen den Zugriff Unberechtigter geschützt sind.
- Die Vernichtung von Daten muss gewährleisten, dass diese nicht durch Unbefugte rekonstruiert werden können.
- Die Datenweitergabe unterliegt der Einwilligung der Frau.²⁰

Für Hebammen ergeben sich wie auch für andere Angehörige eines Heilberufs die datenschutzrechtlichen Befugnisse und Pflichten in der Regel nicht durchgehend aus dem Gesetz. Ein Behandlungs- und Hilfevertrag zwischen Hebamme und Schwangerer/Mutter muss nicht schriftlich vereinbart werden. Das Eingehen auf das Gesprächsangebot der (Familien-)Hebamme bedeutet für die Helferinnenseite eine Vereinbarung auch zur Frage der Zulässigkeit des Austauschs von Informationen und des Nachfragens. 

»Zeigt sich bei einer Vorsorgeuntersuchung oder Beratung in der Schwangerschaft, während des Aufenthalts in der Geburtsklinik, bei einer Behandlung, während der Begleitung durch eine Hebamme oder bei der Familienbildung etc., dass weitergehende Hilfe oder Abklärung erforderlich wäre, stellt sich die Frage nach der Gestaltung des wichtigen Schritts eines Übergangs. Dieser ist nicht gleichzusetzen mit einer »Fallabgabe«, sondern bedeutet ein Hinzuziehen einer weiteren helfenden Stelle oder Person, etwa einer Beratungsstelle, (...), des Jugendamtes oder der Kinderärztin.«²¹

Diese Übergänge zu weitergehenden Hilfen sind eine nicht immer einfache Aufgabe. Die Einwilligung kann als Königsweg einer Informationsweitergabe bezeichnet werden. Diese Einwilligung der Beteiligten im Beziehungssystem setzt sowohl ein Vertrauensverhältnis als auch Zeit und kommunikative Kompetenzen voraus. Das Spektrum der Hilfen und auch die Konsequenzen der Inanspruchnahme beziehungsweise der Nicht- Inanspruchnahme sollten dargestellt und offen gemacht werden.

Neben den Auflagen des Hebammengesetzes sind für Familienhebammen die allgemeinen Regelungen des Gesundheitswesens (SGB V) und der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) zum Daten- und Vertrauensschutz sowie zur informationellen Selbstbestimmung relevant:

- Es gilt das *Transparenzgebot*, d.h. die betreuten Frauen/Familien werden über alle Maßnahmen und Absprachen informiert, die die Familienhebamme in ihrem Interesse unternimmt.
- Informationsweitergaben bedürfen der Einwilligung, Ausnahmen sind nur im Gefährdungsfall möglich.
- Dies bedeutet auch, dass personenbezogene Daten der Dokumentation bei der Familienhebamme verbleiben und dem Auftraggeber nur anonymisiert oder nach Einwilligung der Familie zur Verfügung gestellt oder überlassen werden können.²²
- Die Dokumentation muss von der Familienhebamme 10 Jahre lang aufbewahrt werden.



Das NZFH hat die Broschüre »Datenschutz bei Frühen Hilfen« veröffentlicht. In dieser werden gemeinsame Grundsätze des Datenschutzes in der Gesundheits- und Jugendhilfe beschrieben und die jeweiligen Datenschutzaufgaben im Gesundheitswesen, in der Kinder- und Jugendhilfe sowie in der Schwangeren(konflikt)beratung erläutert.

Das Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung des Deutschen Jugendinstituts hat des Weiteren die Broschüre »Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes beziehungsweise der Gesundheitsvorsorge« veröffentlicht. In ihr werden unter anderem Fragen des Datenschutzes bei verschiedenen Ländervorhaben (z. B. für ein verbindliches Einladungswesen zu Früherkennungsuntersuchungen und für verbindliche Meldesysteme im Kinderschutz) behandelt.²³

Die Netzwerke Früher Hilfen zeichnen sich durch die Zusammenarbeit von Professionen und Institutionen aus, daraus resultiert ein gewachsener Bedarf an Informationen und Austausch auch zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Die Themen der Verschwiegenheit und des Vertrauensschutzes sowie deren Wirkung auf eine gelungene Hilfeleistung werden daher dringender.

Familienhebammen sind von Kooperationen und einer Vernetzung in den Systemen der Frühen Hilfen abhängig. Sie brauchen Wissen darüber, wo es weitergehende Hilfen gibt und was die Familienmitglieder dort erwarten können. Gleichzeitig benötigen die hinzugezogenen Stellen Kenntnis über die Gründe, warum der Kontakt hergestellt wurde. Die Akteure der Frühen Hilfen müssen ihre professionellen Rollen und gegenseitige Vorurteile reflektieren, dies ist auch für eine Verwirklichung des Datenschutzes bedeutsam. Eine wertschätzende Haltung zu den Kooperationspartnern und -partnerinnen hat einen wesentlichen Anteil an einer kooperativen Haltung der Beteiligten im Familiensystem.

Einer Informationsweitergabe ohne Einwilligung gehen verschiedene Einschätzungsaufgaben voraus. Rechtliche Grundlage einer Rechtfertigung ist vor allem der rechtfertigende Notstand in § 34 des Strafgesetzbuchs.

In einigen Ländern wurden für den Kontext des Kinderschutzes spezielle Regelungen für ausgewählte Berufsgruppen getroffen, zu denen teilweise auch die Hebammen und andere Gesundheitsberufe gehören.

WIE SIEHT DIE DERZEITIGE FORTBILDUNGSSITUATION FÜR FAMILIENHEBAMMEN AUS?

Bisher haben die meisten Familienhebammen ihre Zusatzqualifikation durch Fort- und Weiterbildungen erworben, die von den Hebammenlandesverbänden des Deutschen Hebammenverbands e.V. (DHV) angeboten werden. Diese bauen meistens auf einem DHV-internen Curriculum auf, welches den jeweils länderspezifischen Anforderungen angepasst wurde. Das durchschnittliche Stundenkontingent der Fortbil-

23 Beide Publikationen stehen unter anderem auf der Internetseite des NZFH zur Bestellung oder als Downloads zur Verfügung (www.fruehehilfen.de).



Das KKG schafft mehr Handlungs- und Rechtssicherheit durch eine Befugnisnorm zur Weitergabe von Informationen durch Berufsheimnisträger/-innen in den Frühen Hilfen und im Kinderschutz:

Im KKG werden unter anderem die gesetzlichen Voraussetzungen für die Weitergabe von Informationen durch Berufsgruppen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens geregelt, die über vertrauliche Daten betreuter Familien beziehungsweise Personen verfügen (sogenannte Berufsheimnisträger/-innen). Das Gesetz sieht vor, dass beim Erkennen von Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Kindes oder Jugendlichen zunächst mit den Betroffenen und Sorgeberechtigten gemeinsam nach Lösungen gesucht wird (§ 4, Abs. 1, KKG). Erst wenn diese Maßnahmen nicht zur Abwendung einer Gefährdung führen, sind die Berufsgruppen befugt, das Jugendamt zu informieren und zu diesem Zweck erforderliche Daten mitzuteilen. Die betroffenen Eltern oder Sorgeberechtigten sind vorab über diese Informationsweitergabe zu informieren, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. (§ 4, Abs. 3, KKG).

dungen beträgt derzeit 200 Stunden. In Niedersachsen wird die bisher einzige staatlich anerkannte Weiterbildung zur Familienhebamme mit 400 Stunden angeboten. Von den derzeit geschätzten 18.000–20.000 berufstätigen Hebammen in Deutschland haben ungefähr 1.500 eine Familienhebammenfortbildung bei den Landesverbänden absolviert, von diesen sind nach Schätzungen des DHV 70–80 % als Familienhebammen tätig (Stand 09/2012).

Für die Tätigkeit als Familienhebamme besteht ein Qualifizierungsbedarf in allen Belangen, die über die medizinischen und psycho-sozialen Kompetenzen der *Regelversorgung der Hebammenhilfe* im außerklinischen Bereich hinausgehen. So betreuen Hebammen die Familien nach der 8. Lebenswoche des Kindes nur noch eingeschränkt und lediglich bezogen auf die Ernährung des Kindes oder wenn eine Verschreibung eines Arztes beziehungsweise einer Ärztin vorliegt.

Eine zusätzliche Qualifizierung für das Aufgabengebiet der Familienhebammen in Grundlagenkenntnissen, Praxiswissen und Handlungskompetenzen wird durch die Curricula der Landeshebammenverbände prinzipiell zu folgenden Themenbereichen abgedeckt:

GRUNDLAGENKENNTNISSE UND PRAXISWISSEN

- Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr.
- Grundlagen der Mutter-Kind-Beziehung (Eltern-Kind-Beziehung).
- Elternkompetenzen zur Gesundheitsförderung von Kindern im ersten Lebensjahr.
- Kommunale Strukturen, Dienste und gesetzliche Regelungen im Querschnittsbereich Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe.

HANDLUNGSKOMPETENZEN

- Ressourcenorientierung (bezogen auf die Möglichkeiten der Mutter/Familie).
- Förderung der Mutter-Kind-Beziehung (Eltern-Kind-Beziehung).
- Förderung der Elternkompetenz.
- Zielführende Kommunikation (Gesprächsführung).
- Authentizität und Transparenz in der professionellen Rolle (u. a. Auftragsklärung).
- Zielfindung und Motivation (bezogen auf die Mutter/Familie, um realistische Ziele zu vereinbaren, bei Bedarf Partner/Partnerinnen des Netzwerkes einbeziehen).
- Zeitmanagement.
- Hilfestellungen bei lebenspraktischen Fragen und gegebenenfalls Hinzuziehung kommunaler Dienste oder anderer Unterstützungsleistungen des Netzwerkes Früher Hilfen (Funktion als Lotsin).
- Zusammenarbeit mit den Koordinierungsstellen der lokalen Netzwerke Früher Hilfen.

Bisher lag es auch an regionalen und länderspezifischen Ausprägungen der Familienhebammenarbeit und in der Verantwortung der Auftraggeber/-innen, welches Qualifikationsprofil für einen Einsatz als Familienhebamme anerkannt wurde. Dies konnten neben den bekannten Fortbildungen auch der Nachweis einzelner Fortbildungsmodule, eine langjährige Berufserfahrung als Hebamme in der Betreuung von Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf oder zusätzliche Studienabschlüsse (z. B. in Sozialpädagogik oder Hebammenwissenschaften) sein.



Im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen erhalten die Länder für die Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich Fördermittel (Art. 5, Abs. 2 der Verwaltungsvereinbarung). Informationen über länderspezifische Qualifizierungsangebote und Fördermöglichkeiten sind unter anderem bei den Landeskoordinierungsstellen zu beziehen.²⁴

²⁴ Eine aktuelle Übersicht der Landeskoordinierungsstellen steht auf dem Internetportal des NZFH zur Verfügung (www.fruehehilfen.de).

Familienhebammen, die über die Bundesinitiative Frühe Hilfen beschäftigt werden, sollen über Kenntnisse verfügen, die sich auf das im folgenden Kapitel behandelte Kompetenzprofil beziehen. Diese können weiterhin durch die Fortbildungsangebote der Hebammenlandesverbände, aber auch durch andere Qualifizierungsmaßnahmen erworben werden (z. B. ein einschlägiges Studium).

Bei der Beschäftigung von Hebammen ohne abgeschlossene Zusatzqualifikation als Familienhebamme oder einen vergleichbaren Abschluss sollte im Rahmen der Bundesinitiative darauf geachtet werden, dass die Bewerberinnen auf jeden Fall mit entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen beginnen und intensiv durch Fachberatung und Supervision begleitet werden.

Bei Hebammen mit einer langen Berufserfahrung in der Betreuung von Familien mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf sollte in Ausnahmefällen eine »Nachqualifizierung« fehlender Einzelkompetenzen durch den Besuch einzelner Fortbildungsmodule möglich sein.

WELCHE RELEVANZ HAT DAS »KOMPETENZPROFIL FAMILIENHEBAMMEN« FÜR DIE BUNDESINITIATIVE?

Für die Tätigkeit als Familienhebamme in der Bundesinitiative Frühe Hilfen dient das »Kompetenzprofil Familienhebammen« des NZFH als Referenzrahmen für die eingesetzten Fachkräfte. In der Verwaltungsvereinbarung (§ 2, Abs. 4) heißt es dazu: »Förderfähig sind der Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich im Kontext Früher Hilfen. Sie sollen dem vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) erarbeiteten Kompetenzprofil entsprechen oder in diesem Sinne qualifiziert und in ein für Frühe Hilfen zuständiges Netzwerk eingegliedert werden. Die Länder haben die Möglichkeit, ein darüber hinausgehendes Profil festzulegen.«

Entwickelt wurde das »Kompetenzprofil Familienhebammen« in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis. Auf diese Weise moderierte das NZFH einen Prozess, an dessen Ende ein fachlicher Konsens aller im Themenfeld relevanten Akteure steht. In seiner Systematik orientiert sich das Kompetenzprofil Familienhebammen am *Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen* (DQR). Damit entspricht es dem gültigen (auch europäischen) Standard für Kompetenzprofile und bietet eine gute Ausgangsbasis für unterschiedliche Fort- und Weiterbildungsformate – und deren Vergleichbarkeit.

Das Kompetenzprofil Familienhebammen beantwortet die Frage »Was weiß oder kann die Familienhebamme?«. Viele einzelne Kompetenzbeschreibungen weisen aus, welches Wissen, welche Fertigkeiten, welche Sozialkompetenzen oder welche Selbstkompetenzen eine Familienhebamme für ihre Tätigkeit benötigt. Die einzelnen Kompetenzen verteilen sich auf 10 Handlungsanforderungen, unter denen charakteristische Aufgaben der Familienhebammentätigkeit zu verstehen sind. Diese werden wiederum 5 Kategorien zugeordnet, die sowohl die Betreuungsarbeit in den Familien als auch die Tätigkeit für das Netzwerk Früher Hilfen umfassen:

QUALITÄTSENTWICKLUNG

1. Die Hebamme entwickelt und festigt eine professionelle Haltung als Familienhebamme.
 2. Die Familienhebamme setzt Strategien der Qualitätsentwicklung und Maßnahmen der Qualitätssicherung in ihrer Tätigkeit um.
-

GESUNDHEIT UND ENTWICKLUNG DES SÄUGLINGS

3. Die Familienhebamme unterstützt Mutter, Vater beziehungsweise andere primäre Bezugspersonen bei der Versorgung und Gesundheitsförderung des Säuglings.
 4. Die Familienhebamme geht auf die Entwicklung und Regulationsfertigkeiten des Säuglings ein und unterstützt entsprechend Mutter, Vater beziehungsweise andere primäre Bezugspersonen.
-

GESUNDHEIT UND ENTLASTUNG DER PRIMÄREN BEZUGSPERSONEN

5. Die Familienhebamme unterstützt Mutter, Vater oder andere primäre Bezugspersonen bei deren Gesunderhaltung.
 6. Die Familienhebamme geht auf die Belastungen der Mutter, des Vaters oder anderer primärer Bezugspersonen des Säuglings ein und unterstützt diese dabei, ihre Ressourcen zu aktivieren.
-

BEZIEHUNG UND INTERAKTION DER PRIMÄREN BEZUGSPERSONEN MIT DEM SÄUGLING

7. Die Familienhebamme unterstützt Mutter, Vater beziehungsweise andere primäre Bezugspersonen bei der Beziehungsgestaltung zum Säugling.
-

KOOPERATION

8. Die Familienhebamme kooperiert mit dem (öffentlichen) Auftraggeber.
 9. Die Familienhebamme arbeitet interdisziplinär und vernetzt und nimmt eine Lotsinnenfunktion gegenüber der Familie ein.
 10. Die Familienhebamme nimmt die Signale einer Gefährdung des Kindeswohls wahr und wird zum Schutz des Kindeswohls aktiv.
-

VIER BEISPIELE FÜR KOMPETENZEN

»Die Familienhebamme... «

»... weiß um die Unterschiede in der professionellen Rolle als Hebamme und Familienhebamme.«

WISSEN zur Handlungsanforderung

»Die Hebamme entwickelt und festigt eine professionelle Haltung als Familienhebamme«
in der Kategorie »Qualitätsentwicklung«

»... erkennt die bestehenden pflegerischen und gesundheitsförderlichen Kompetenzen der Mutter, des Vaters beziehungsweise einer anderen primären Bezugsperson und kann diese bestärken.«

FERTIGKEIT zur Handlungsanforderung

»Die Familienhebamme unterstützt Mutter, Vater beziehungsweise eine andere primäre Bezugsperson bei der Versorgung und Gesundheitsförderung des Säuglings im ersten Lebensjahr«
in der Kategorie »Gesundheit und Entwicklung des Säuglings«

»... kann Mutter, Vater oder eine andere primäre Bezugsperson anregen und motivieren, das eigene soziale Netzwerk zu aktivieren.«

SOZIALKOMPETENZ zur Handlungsanforderung

»Die Familienhebamme unterstützt Mutter, Vater oder eine andere primäre Bezugsperson des Säuglings bei deren Gesunderhaltung«
in der Kategorie »Gesundheit und Entlastung der primären Bezugsperson«

»... kann kritisch Wechselwirkungen von Vertrauensschutz und (öffentlichem) Auftrag erkennen und reflektieren.«

SELBSTKOMPETENZ zur Handlungsanforderung

»Die Familienhebamme kooperiert mit dem (öffentlichen) Auftraggeber«
in der Kategorie »Kooperation«²⁵

25 Die Beispiele sind dem Kompetenzprofil Familienhebammen des NFZH entnommen. Es steht auf der Internetseite des NFZH zur Bestellung oder als Download zur Verfügung (www.fruehehilfen.de).



Um die Koordinierungsstellen der Länder bei der Entwicklung von Qualifizierungsangeboten für Familienhebammen zu unterstützen, wird das NZFH Fortbildungsmodul auf Grundlage des Kompetenzprofils entwickeln. Es sind mehrere kompetenzorientierte Module zu ausgewählten Handlungsanforderungen geplant. Mit der Entwicklung wird in 2013 begonnen. Die Veröffentlichung erfolgt nach und nach unter anderem auf dem Internetportal des NZFH.

Das »Kompetenzprofil Familienhebammen« ist kein Curriculum, sondern versteht sich als umfassender Referenzrahmen für die Kompetenzen von Familienhebammen. Es soll denjenigen als Orientierungshilfe dienen, die Module und Lehrpläne für die Familienhebammentätigkeit konzipieren. Fortbildungen können auf diese Weise kompetenzorientiert entlang der Handlungsanforderungen ausgerichtet werden. Außerdem wird deutlich, für welches umfassende Kompetenzprofil eine Familienhebamme in einer Fortbildung sensibilisiert werden sollte, auch wenn nicht alle Handlungsanforderungen im Zuge einer Fortbildung vermittelt werden können.

Nicht alle im Kompetenzprofil aufgelisteten Kompetenzen werden im Rahmen einer Fortbildung, sondern vielmehr auch im Verlaufe der eigenen Berufspraxis erworben. Vor allem Kompetenzen im Bereich der Selbstreflexion sind darüber hinaus fortwährend durch Supervision oder fachliche Beratung, die in der Bundesinitiative Frühe Hilfen als Unterstützungsmaßnahmen vorgesehen sind, berufsbegleitend umzusetzen.

WELCHE WEITEREN GESUNDHEITSBERUFE KÖNNEN IN DIE BETREUUNG VON FAMILIEN IM RAHMEN DER BUNDESINITIATIVE EINBEZOGEN WERDEN?

Durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen sollen in den nächsten Jahren Familienhebammen bedarfsgerecht in ganz Deutschland eingesetzt werden. Da es aber zurzeit schätzungsweise nur rund 1.500 von den Hebammenlandesverbänden zertifizierte Familienhebammen gibt, von denen nach Schätzungen des DHV e.V. circa 1.000 bis 1.200 auch als solche (meist in Teilzeit) tätig sind, kann in den kommenden Jahren nicht von einer ausreichenden Versorgung durch Familienhebammen ausgegangen werden.

Ein wichtiger Gesichtspunkt ist außerdem, dass in einigen Betreuungssituationen vor allem die Professionalität einer Kinderkrankenpflegerin beziehungsweise eines Kinderkrankenpflegers erforderlich ist. Dies trifft insbesondere bei einem chronisch kranken oder behinderten Kind zu. Auch aus diesem Grund wurde der Kreis der Gesundheitsfachberufe, die über die Bundesinitiative gefördert werden können, erweitert. In der Verwaltungsvereinbarung (§ 2, Abs. 4) sind die in Frage kommenden Berufe genau festgelegt: neben Familienhebammen, Hebammen und Familiengesundheitshebammen gehören Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen



beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie die Berufsgruppe der Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen beziehungsweise Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger dazu. Voraussetzung ist, dass die Qualifikation dieser Fachkräfte dem entsprechenden Kompetenzprofil des NZFH entspricht.

Bei einem erhöhten Betreuungsbedarf von Familien mit einer Schwangeren oder einem Säugling muss vorab geprüft werden, ob die Form der benötigten Unterstützung die Kompetenzen einer Familienhebamme, eines anderen Gesundheitsberufs oder eventuell die Begleitung durch sozialpädagogische Fachkräfte im Kontext der Frühen Hilfen erfordert. **!**

Das NZFH entwickelt analog zum Kompetenzprofil Familienhebammen gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Berufs- und Fachverbände aus der Kinderkrankenpflege ein »Kompetenzprofil Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen in den Frühen Hilfen«. Es wird voraussichtlich im Laufe des Jahres 2013 vorliegen und danach auf dem Internetportal des NZFH zur Verfügung gestellt werden.

! Nur staatlich anerkannte Hebammen dürfen sich unter den beschriebenen Voraussetzungen »Familienhebamme« beziehungsweise »Familiengesundheitshebamme« nennen.

Alle in der Verwaltungsvereinbarung genannten Gesundheitsfachberufe können, sofern sie eine Qualifizierung entsprechend der jeweiligen Kompetenzprofile des NZFH absolviert haben, für die Betreuung von Familien im Kontext Früher Hilfen unter Nennung ihrer anerkannten Berufsbezeichnung eingesetzt werden. Die Schwerpunkte ihrer Tätigkeit und die besonderen Einsatzmöglichkeiten ergeben sich unter anderem aus der Grundqualifikation.

Das NZFH erarbeitet derzeit gemeinsam mit den Ländern eine Übergangslösung für Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe, die bereits in den Frühen Hilfen tätig sind, jedoch nicht die formalen Voraussetzungen des Kompetenzprofils erfüllen. Ziel dieser Beratungen ist es, dass diese Fachkräfte weiterhin ihre Tätigkeit ausüben können und parallel entsprechende Zusatzqualifikationen erwerben.

Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen

Die Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen absolvieren nach qualifiziertem Berufsabschluss in der Kinderkrankenpflege ähnlich wie die Familienhebammen eine Fortbildung im Umfang von 280 Stunden. Diese wird nach dem Curriculum des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege in Deutschland e.V. und der Interessengemeinschaft freiberuflich und/oder präventiv tätiger Kinderkrankenschwestern e.V. durchgeführt. Die Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen stärken die Kompetenz von Familien, insbesondere bei behinderten oder chronisch kranken Kindern, Frühgeborenen, Kindern mit Regulationsstörungen und bei anderweitig belastenden Lebenssituationen. Dabei arbeiten sie mit den Netzwerkpartnern und -partnerinnen der Frühen Hilfen zusammen. Ihre Leistungen erbringen sie bei Hausbesuchen oder in der Begleitung zu weiteren Angeboten.

Familiengesundheitspfleger/-innen und -hebammen

Die Familiengesundheitspfleger/-innen und Familiengesundheitshebammen arbeiten nach einem Ansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und bieten eine familien- und gesundheitsorientierte, gemeindenahere Dienstleistung an. Die staatlich anerkannte Weiterbildung »Familiengesundheit für Pflegende und Hebammen« ermöglicht eine Spezialisierung für die Arbeit in den Familien, dauert 2 Jahre und umfasst insgesamt 1.560 Stunden. Sie wird vom »Kompetenzzentrum Familiengesundheitspflege« des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e.V. (DBfK) angeboten.

Familiengesundheitspfeleger/-innen und Familiengesundheitshebammen beraten und unterstützen Familien in Alltags- und Gesundheitsfragen, sie sollen sie »befähigen, gesunde Lebensstile für sich zu finden, ihre Selbstständigkeit und Eigenverantwortung stärken, frühzeitig aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme erkennen sowie entsprechende Maßnahmen planen und evaluieren.²⁶«

26 Weskamm, A. (2010): Jonglierkunst gefragt. Familiengesundheitspflege in Deutschland. Dr. med. Mabuse 184. S. 41–44.



DIE EINBINDUNG VON FAMILIENHEBAMMEN IN DAS NETZWERK FRÜHER HILFEN

WIE SIEHT DIE FALLBEZOGENE ZUSAMMENARBEIT VON FAMILIENHEBAMMEN MIT ANDEREN BETEILIGTEN DES NETZWERKES AUS?

Je nach Lebenssituation und Bedarf können Unterstützungsangebote für Familien in den Frühen Hilfen sehr vielfältig sein. Oft sind mehrere Berufsgruppen und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitssystems gleichzeitig oder zu unterschiedlichen Zeitpunkten an dem Unterstützungsprozess beteiligt. Die Kooperation von Familienhebammen mit anderen Fachkräften und Einrichtungen des Netzwerkes Früher Hilfen sieht daher in jedem Unterstützungsprozess anders aus. Das folgende Beispiel beschreibt Anlässe und Inhalte einer solchen fallbezogenen Zusammenarbeit aus Sicht der Familienhebamme:

FALLBEISPIEL

Die alleinstehende 26-jährige B. stammt aus Guinea/Afrika und lebt seit 3 Jahren in einem Wohnheim für Asylbewerber/-innen in Deutschland. B. ist in der 36. Schwangerschaftswoche und hat bereits ein Kind im Alter von 2 Jahren, das bei Pflegeeltern lebt. Zwischen der leiblichen Mutter und dem Kind besteht ein regelmäßiger Kontakt.

B. leidet an einer Schwangerschaftsdiabetes, dadurch sind regelmäßige Arztbesuche und gelegentliche Krankenhausaufenthalte notwendig. Außerdem befindet sie sich seit längerem in einer psychotherapeutischen Behandlung, da sie aufgrund ihrer schwierigen

Lebenssituation immer wieder depressive Phasen durchlebt.

B. wird von einer Schwangerschaftsberatungsstelle betreut. Dort stellt man unter anderem den Kontakt zur Hebamme her, die B. bereits bei der ersten Schwangerschaft betreut hat. Nach Einschätzung der dortigen Mitarbeiterin liegt bei der Schwangeren jedoch eine überdurchschnittlich hohe psycho-soziale und gesundheitliche Belastungssituation vor. Diese wird zusätzlich durch eine ungeklärte Aufenthaltserlaubnis, Sprachbarrieren, schwierige Wohnverhältnisse und soziale Isolation erschwert. Sie vermittelt

daher den Kontakt zur Familienhebamme, womit B. einverstanden ist.

Das Gesundheitsamt, das in dieser Region für die Finanzierung und Vermittlung von Familienhebammen zuständig ist, bewilligt nach einem Beratungsgespräch mit allen Beteiligten zunächst ein monatliches Kontingent von maximal 12 Stunden. Die Familienhebamme ist auf Honorarbasis tätig und rechnet ihre Leistungen auf Stundenbasis mit dem Gesundheitsamt ab.

Zu Beginn der Tätigkeit verschafft sich die Familienhebamme gemeinsam mit B. ein möglichst genaues Bild ihrer Lebenssituation. Es wird schnell deutlich, dass eine Kontaktaufnahme zu verschiedenen Fachkräften und Stellen des Gesundheits- und Sozialwesens sinnvoll ist. Daher lässt sich die Familienhebamme von B. eine schriftliche Schweigepflichtentbindung geben. Damit B. den Inhalt dieser Einwilligung nachvollziehen kann, wird ein Dolmetscher hinzugezogen. Die Verständigung mit B. in alltäglichen Situationen ist jedoch problemlos in deutscher Sprache möglich.

Die Familienhebamme besucht B. ein- bis zweimal die Woche für circa 1 Stunde. Darüber hinaus unternimmt sie bis zur Geburt des Kindes folgende Aktivitäten²⁷:

- Sie stimmt sich in mehreren Telefonaten mit der Hebamme ab, die B. während der Schwangerschaft betreut.
- Es finden telefonische Beratungen mit der betreuenden Psychotherapeutin statt. In einer akuten Krisensituation nimmt die Familienhebamme auf Wunsch von B. an einer Therapiesitzung teil.
- Mit dem kommunalen Ausländerbüro stimmt die Familienhebamme Fragen ab, die sich aufgrund des Asylbewerberstatus der betreuten Frau ergeben, und sie kümmert sich um die Vermittlung und Kostenübernahme eines Dolmetschers bei bestimmten Anlässen.
- Sie unterstützt B. bei der Auswahl der Geburtsklinik und tauscht sich dort gemeinsam mit B. mit den Hebammen des Kreißsaals über die spezifischen Rahmenbedingungen für die Geburt aus, die sich aufgrund des Gesundheitszustands und der besonderen sozio-kulturellen Lebenssituation von B. ergeben.
- Mit der Leitung des Wohnheims bespricht die Familienhebamme, wie die Wohnsituation von B. nach der Geburt ihres Kindes so verbessert werden kann, dass sie den Bedürfnissen von Mutter und Kind besser entspricht.
- Sie nimmt Kontakt zum Familienzentrum der Arbeiterwohlfahrt in der Nähe des Wohnheims von B. auf. Mit der dortigen Mitarbeiterin tauscht sie sich darüber aus, welche sozialen Kontakte für B. hilfreich wären. Die Einrichtung stellt die Verbindung zu der kirchlichen Selbsthilfegruppe »Freunde für Afrika« her, die sich regelmäßig in dem Familienzentrum trifft.
- Die Familienhebamme begleitet B. zu einem ersten Treffen mit der Gruppe. B. fühlt sich dort von Anfang an wohl. Einige Frauen der Gruppe erklären sich bereit, B. vor und nach der Geburt intensiver zu begleiten. B. erlebt diese Unterstützung als besonders hilfreich, da sie sich mit Frauen einer ähnlichen ethnisch-kulturellen Herkunft zu Fragen rund um das Thema Geburt und Mutterschaft austauschen kann.
- Außerdem ist die Familienhebamme bei einigen Treffen mit den Pflegeeltern des älteren Kindes von B. dabei.

Bereits dieser Ausschnitt eines längeren Betreuungsprozesses veranschaulicht die Vielzahl an potenziellen Abstimmungen und Kontakten der Familienhebamme, beispielsweise:

- Zu welchen Anlässen Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen anzusprechen sind (z. B. Hebamme, Psychotherapeutin).
- Wann (zusätzlich zum Gesundheits- und/oder Jugendamt) weitere kommunale Dienste einbezogen werden sollten (z. B. Ausländeramt).
- Wie die Vermittlung zwischen der außerklinischen Betreuung durch die Familienhebamme und den Hebammen in der Geburtsklinik erfolgt.
- Welche Einrichtungen in kommunaler oder freier Trägerschaft im Bedarfsfall hinzugezogen werden können (z. B. Familienzentrum).
- Wie auf Anregung der Familienhebamme ehrenamtliche oder private Initiativen Unterstützungsleistungen übernehmen (Selbsthilfegruppe »Freunde für Afrika«).

Das Fallbeispiel verdeutlicht die Dringlichkeit, dass sich Familienhebammen zu Beginn ihrer Tätigkeit ein genaues Bild darüber machen sollten, welche Fachkräfte und Einrichtungen aus dem medizinischen, therapeutischen oder sozialpädagogischen Kontext bereits in den einzelnen Betreuungsprozess eingebunden sind. Darüber hinaus ziehen sie bei Bedarf und in Absprache mit der Familie weitere Unterstützungsleistungen hinzu, die über ihr Tätigkeitsspektrum hinaus reichen. Mitentscheidend für eine wirksame Betreuung kann auch die Unterstützung von Familienangehörigen, Freunden und weiteren Kontaktpersonen aus dem privaten Umfeld der betreuten Frau oder Familie sein.

Wenn Familienhebammen ihren Teil dazu beitragen, ein von Anfang an sorgfältig aufeinander abgestimmtes Vorgehen innerhalb des Netzwerkes zu erleichtern, hat dies erhebliche Vorteile. Denn so können zielgenaue Unterstützungsangebote und gut aufeinander abgestimmte Leistungen der zu beteiligenden Partner/-innen entwickelt und eine »Doppel- oder Fehlversorgung« verhindert werden.²⁸

27 Das Fallbeispiel beschreibt den Zeitraum bis zur Geburt. Insgesamt war die Familienhebamme bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes tätig.

28 Die Erfüllung dieser Funktion setzt ein gut funktionierendes Netzwerk voraus, in das Familienhebammen eingebunden sind. Es ist nicht Aufgabe der Familienhebammen, das Netzwerk zu organisieren.

Für die Zusammenarbeit von Familienhebammen mit Fachkräften und Einrichtungen des Netzwerkes Früher Hilfen sollte bedacht werden: Absprachen und Vereinbarungen mit freiberuflich tätigen Fachkräften wie beispielsweise niedergelassenen Ärztinnen beziehungsweise Ärzten oder Privatinitiativen können mitunter schneller erfolgen als mit Mitarbeiter/-innen kommunaler Behörden oder von Einrichtungen in öffentlicher, kirchlicher oder gemeinnütziger Trägerschaft. Bei letzteren muss unter Umständen aufgrund verschiedener Zuständigkeiten, längerer »innerbetrieblicher« Abstimmungsprozesse, begrenzter Verfügbarkeit personeller Ressourcen oder Unklarheiten in Kostenfragen mehr Zeit eingeplant werden. Andererseits bedeuten die Abstimmungen mit Familienhebammen aus Sicht der freiberuflichen Fachkräfte des Netzwerkes oftmals eine unentgeltliche Zusatzleistung, so dass ihre zur Verfügung stehenden Ressourcen verständlicherweise begrenzt sind.



Je besser und transparenter die Netzwerke Früher Hilfen organisiert sind, desto effektiver kann die Familienhebamme zusätzliche professionelle, mitunter auch ehrenamtliche oder privat organisierte Unterstützungsformen Früher Hilfen hinzuziehen. In einigen Kommunen übernehmen die Netzwerkkoordinator/-innen die Funktion einer Clearingstelle und sorgen dafür, dass eine fallbezogene Zusammenarbeit der verschiedenen Beteiligten zustande kommen kann (z.B. durch Fallkonferenzen). Durch welche Maßnahmen die aktive Einbindung von Familienhebammen in die Netzwerkarbeit am besten gewährleistet werden kann, wird im Rahmen der Bundesinitiative eine besondere Aufgabe der Koordinierungsstellen sein.



In dem Werkbuch Vernetzung des NZFH «Guter Start ins Kinderleben» werden unter anderem Hilfestellungen für die Fallberatung innerhalb des Netzwerkes gegeben. Eine wesentliche Grundlage für die gelingende Zusammenarbeit ist, dass sich alle Beteiligten auf eine »gemeinsame« Sprache verständigen. Verstehen die Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen, der Kinder- und Jugendhilfe und anderen Feldern wirklich dasselbe, wenn sie bestimmte Fachbegriffe verwenden? Wichtig ist es auch, eine Ausgewogenheit bezüglich der Anforderungen zwischen der notwendigen Offenheit in der Fallarbeit und des Vertrauens- und Datenschutzes herzustellen, der aufgrund unterschiedlicher Auflagen für die beteiligten Berufsgruppen und Institutionen unterschiedlich aussehen kann. Weitere hilfreiche Instrumente sind verbindliche Kommunikations- und Verhaltensregeln sowie die Festlegung von Zuständigkeiten für Fallkoordination und Fallführung (gegebenenfalls einschließlich schriftlicher Protokolle).

WARUM WIRD VON FAMILIENHEBAMMEN ALS LOTSIN INNERHALB DES NETZWERKES FRÜHER HILFEN GESPROCHEN?

Im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen wird der Familienhebammentätigkeit als Querschnittsaufgabe zwischen verschiedenen Fachdisziplinen eine Schlüsselrolle zugeschrieben. Zentrale Gründe dafür sind:

- Familienhebammen nehmen in ihrer Betreuungstätigkeit medizinische, psychologische und soziale Perspektiven ein und dies in mehrfacher Weise: im Hinblick auf die Entwicklung des Kindes, auf das physische und psychische Wohlergehen der (werdenden) Mutter, auf das Gelingen der Mutter-Kind-Beziehung (Eltern-Kind-Beziehung) sowie auf die familiäre und soziale Lebenssituation der betreuten Personen.
- Für Familien mit einem besonderen Unterstützungsbedarf stellt die »aufsuchende« Tätigkeit einer Familienhebamme ein relativ leicht zu akzeptierendes Angebot dar. Es ist allgemein bekannt, dass die häusliche Versorgung durch Hebammen als Teil des Gesundheitssystems allen Familien zur Verfügung steht und an keine medizinische oder psycho-soziale Diagnose gebunden ist. Hebammenleistungen werden daher als nicht stigmatisierend wahrgenommen. Auch wenn die Tätigkeit

der Familienhebammen anderen strukturellen Rahmenbedingungen unterliegt als die der Hebammen und keine originäre Leistung des Gesundheitswesens darstellt, überträgt sich die Akzeptanz der Hebammenarbeit auch auf dieses Tätigkeitsfeld. Man begegnet Hebammen und Familienhebammen oftmals vorbehaltloser als Vertretern/Vertreterinnen der Jugendhilfe.

- Im Vergleich zu anderen Fachkräften Früher Hilfen, für die eine Unterstützung der Schwangeren und Eltern von Kindern im ersten Lebensjahr oftmals einen Teilaspekt ihrer Berufstätigkeit darstellt, sind Familienhebammen (wie auch Hebammen) von vorne herein auf diesen Zeitraum und für die besonderen Herausforderungen der frühen Elternschaft spezialisiert. Außerdem nutzen Familienhebammen für ihre Tätigkeit neben den Inhalten spezifischer Fortbildungen auch das in der Ausbildung und Berufspraxis als Hebamme erworbene Wissen.²⁹

Aufgrund dieser günstigen Rahmenbedingungen und der Tatsache, dass Familienhebammen die betreuten Familien über einen längeren Zeitraum in ihrem Zuhause aufsuchen, können sie in vielen Fällen eine tragfähige Vertrauensbasis zu den betreuten Familien aufbauen und sich dabei einen möglichst authentischen Eindruck über die persönlichen und sozialen Lebensverhältnisse und über die benötigten Unterstützungsleistungen verschaffen.

Diese besondere und interdisziplinär ausgerichtete Betreuungstätigkeit spricht dafür, dass Familienhebammen auch als Lotsin innerhalb des Netzwerkes Früher Hilfen tätig werden. An diese Funktion wurden in der Vergangenheit allerdings teilweise zu hohe oder falsche Erwartungen gestellt – vor allem dort, wo es keine ausreichende Unterstützung durch Koordinierungsstellen gab.

Lotsin zu sein bedeutet für die Familienhebamme zunächst, einen – über die eigene Betreuung hinausreichenden – Bedarf an Hilfen für das Kind, die Mutter oder die Familie festzustellen und ausreichende Kenntnisse über die Möglichkeiten und Arbeitsweisen anderer Berufsgruppen oder Institutionen zu haben. Die Familienhebamme vermittelt die Familie gegebenenfalls an diese Stellen oder Fachkräfte (beziehungsweise an die Koordinierungsstelle Früher Hilfen) oder holt dort selber Informationen über passgenaue Angebote ein (unter Beachtung des Datenschutzes).

Die Funktion als Lotsin bedeutet nicht, die alleinige Verantwortung für die gelungene Überleitung an andere Dienste des Netzwerkes zu übernehmen. Außerdem kann die Familienhebamme nicht das Netzwerk Frühe Hilfen organisieren. Dies obliegt der jeweiligen Koordinierungsstelle Früher Hilfen.

Für die Durchführung der Bundesinitiative Frühe Hilfen ist es daher unverzichtbar, die Funktion von Familienhebammen als Lotsin innerhalb des Netzwerkes Früher Hilfen bezogen auf die jeweiligen kommunalen Rahmenbedingungen genau zu beschreiben. Dazu gehören auch die Identifikation von Schnittstellen zwischen Fachbereichen und Zuständigkeiten sowie die Vereinbarung verbindlicher Regeln für die Informationsweitergabe zu anderen Stellen und Fachkräften des Netzwerkes Früher Hilfen. Diese Aufgabe sollte von den Koordinierungsstellen Früher Hilfen federführend übernommen werden.

²⁹ siehe hierzu Mattern, Elke und Lange, Ute: Die Rolle der Familienhebamme im System der Frühen Hilfen. In: Frühe Kindheit, Zeitschrift der Deutschen Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft e.V., Sonderausgabe 2012, S. 72.

WELCHE BESCHÄFTIGUNGS- UND VERGÜTUNGSFORMEN BIETEN SICH FÜR FAMILIENHEBAMMEN IM RAHMEN DER BUNDESINITIATIVE AN?

Familienhebammen arbeiten bezogen auf Inhalt und Zeitraum ihrer Tätigkeiten immer **außerhalb** der Regelversorgung als Hebamme und des in der *Hebammen-Vergütungsvereinbarung* festgelegten Leistungskatalogs. Dies bedeutet entsprechend, dass sie diese Arbeiten nicht mit der Krankenkasse abrechnen können, sondern von dem jeweiligen Auftraggeber honoriert werden müssen.³⁰

Die meisten Familienhebammen sind zurzeit freiberuflich beziehungsweise auf Honorarbasis tätig. Sie werden vom öffentlichen Gesundheitsdienst, der Kinder- und Jugendhilfe, einem freien Träger der Wohlfahrtspflege oder von Stiftungen und Vereinen beauftragt.

Erfüllen Familienhebammen die entsprechenden formellen Voraussetzungen, können sie **parallel** als Hebamme tätig sein und Leistungen aus der *Hebammen-Vergütungsvereinbarung* anbieten. Dabei ist es gleichgültig, ob sich die Frauen direkt an die Hebamme gewandt haben oder ob sie über einen sozialen Dienst oder ein spezielles Familienhebammenprogramm vermittelt wurden.

Für die Tätigkeiten entsprechend der *Hebammen-Vergütungsvereinbarung* müssen sie den Status der Freiberuflichkeit erfüllen. Dieser ist unter anderem damit verbunden, dass

- sie beim zuständigen Gesundheitsamt als Hebamme gemeldet sind,
- sie eine Identifikationsnummer (IK) zur Abrechnung mit den Krankenkassen beantragt haben und
- sich die einzelnen Leistungen von der versicherten Mutter quittieren lassen.

Die Leistungen entsprechend der *Hebammen-Vergütungsvereinbarung* dürfen ausschließlich von freiberuflichen Hebammen und nicht stellvertretend von kommunalen Diensten, Trägern der Freien Wohlfahrtspflege oder Stiftungen abgerechnet werden.

³⁰ In Anlehnung an: Horschitz, H., Selow, M. (2008): Hebammenebührenrecht-Vertragstext zur Hebammen- Vergütungsvereinbarung 2007. Mabuse Frankfurt, S. 139–140. Alle weiteren Angaben zu Umfang und Höhe der Hebammen-Vergütungsvereinbarung soweit nicht anders angegeben: <http://www.hebammengesetz.de/gebuehr.htm> (Zugang vom 23.08.2012)



Ein weiterer wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang betrifft den Versicherungsschutz von freiberuflich tätigen Familienhebammen. Die Berufshaftpflicht für Hebammen deckt das Tätigkeitsfeld der Familienhebamme nur dann sicher ab, wenn die Versicherungspolice einen entsprechenden Vermerk aufweist. Einige Formen der Berufshaftpflichtversicherung des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) e.V. umfassen die Arbeit der Familienhebamme, jedoch sind Hebammen und Familienhebammen teilweise auch über andere Anbieter versichert. Gegebenenfalls muss der Versicherungsschutz im Einzelnen überprüft werden.

Ungeachtet der derzeit überwiegenden Zahl an freiberuflich tätigen Familienhebammen sind auch feste Beschäftigungsverhältnisse unter folgender struktureller Anbindung möglich:

1. Familienhebammen als Angestellte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Gesundheitsamt): In einigen Teams arbeiten Familienhebammen und Kinderkrankenpfleger/-innen beziehungsweise Familien-Gesundheits-Kinderkrankenpfleger/-innen unter dem Dach des Gesundheitsamtes zusammen.
2. Familienhebammen als Angestellte der Kinder- und Jugendhilfe: Sie sind in der Regel beim Jugendamt angestellt und arbeiten im Team zusammen mit anderen sozialen Berufsgruppen.
3. Familienhebammen als Angestellte der freien Träger/Wohlfahrtsverbände oder Stiftungen: Sie sind bei einem freien oder konfessionellen Träger angestellt und arbeiten in der Regel im Team mit sozialen Berufsgruppen zusammen.

Vor- und Nachteile der unterschiedlichen institutionellen Zugehörigkeit von Familienhebammen



Eine Anbindung an den Gesundheitsbereich entspricht dem bisherigen Selbstverständnis der meisten Familienhebammen. Als Vertreterinnen des Gesundheitswesens werden sie von Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf eher akzeptiert, da ihre Tätigkeit mit Gesundheitsförderung und weniger mit Kontrolle etwa des Jugendamtes in Verbindung gebracht wird.

Für eine Anbindung beim Jugendamt sprechen die enge inhaltliche Vernetzung und schnelle Abstimmung auch mit anderen Fachstellen der Kinder- und Jugendhilfe. Dies kann von Vorteil sein, wenn Familienhebammen gemeinsam mit sozialpädagogischen Fachkräften in sogenannten Tandems eingesetzt werden. Andererseits kann die Entsendung durch das Jugendamt zu Akzeptanzschwierigkeiten bei den betreuten Familien führen und auch das in der Gesellschaft positiv besetzte Berufsbild der Hebamme langfristig negativ beeinflussen.

In den vergangenen Jahren sind in vielen Kommunen Angebotsstrukturen entstanden, bei denen freie oder kirchliche Träger Familienhebammen beschäftigen oder mit diesen kooperieren. In diesen Fällen werden Familienhebammen durch Beratungsstellen vermittelt oder bieten beispielsweise in Stadtteil- oder Familienzentren ihre Leistungen an. Diese Angebote sind oftmals besonders niedrigschwellig konzipiert und können auf spezielle Anforderungen eines Wohngebietes unmittelbar eingehen.

Bezüglich der Vergütung haben sich in den zurückliegenden Jahren durchaus unterschiedliche Stundensätze bei Honorarverträgen und Eingruppierungen bei festen Beschäftigungsverhältnissen etabliert. Ebenso unterschiedlich geregelt ist es bisher auch, ob über die eigentliche Betreuungstätigkeit in den Familien hinaus weitere Leistungen wie beispielsweise Wegegeld, Verwaltungsaufwand (z. B. Telefonate oder Dokumentation) und die Teilnahme an Netzwerkaktivitäten bezahlt werden.



Mit der Verwaltungsvereinbarung wird für die Durchführung der Bundesinitiative in Artikel 2, Abs. 4 die Förderung folgender Familienhebammenleistungen festgelegt: dazu gehören die Tätigkeit in Familien, die Teilnahme an der Netzwerkarbeit, die Qualifizierung, Fortbildung, Fachberatung und Supervision sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Dokumentation des Einsatzes in den Familien.

Legt man die bisherigen Praxiserfahrungen zugrunde, werden in vielen Kommunen insbesondere folgende Tätigkeiten der Familienhebammen honoriert:

- Persönliche Kontakte im Rahmen der Hausbesuche
- Gruppenangebote für Frauen und Familien
- Telefonate mit den betreuten Familien
- Begleitung zu medizinischen Untersuchungen oder Terminen mit Akteuren/Akteurinnen der Frühen Hilfen
- Gespräche zur Überleitung zu Kooperationspartner/-innen des Netzwerkes (telefonisch/persönlich)
- Vernetzung mit anderen Fachkräften (fallbezogen und fallübergreifend): Recherchearbeit zur Ermittlung passgenauer Hilfen, Teilnahme an Runden Tischen, Fallbesprechungen, Treffen mit Netzwerkpartner/-innen
- Fahrtzeiten für Hausbesuche und zu Netzwerkpartner/-innen
- Dokumentation, Evaluation, Rechnungserstellung
- Supervision, Fallberatung
- Ausgefallene Termine, falls die Frau/Familie trotz Vereinbarung nicht zuhause angetroffen wurde (ggf. anteilige Abrechenbarkeit)

Hinzu kommen zusätzliche Aufwandsentschädigungen wie Wegegeld oder Zuschüsse für Verwaltungs- und Versicherungsaufwendungen.

WELCHE FAMILIENHEBAMMENPROGRAMME IM KOMMUNALEN KONTEXT HABEN SICH BISHER BEWÄHRT?

Grundsätzlich gestaltet sich die Situation in den Kommunen sehr unterschiedlich, da die Zusammenarbeit mit Familienhebammen entweder über das Gesundheits- oder Jugendamt oder einen freien Träger fest etabliert ist und im Rahmen der Bundesinitiative nicht ohne weiteres verändert werden sollte. Die bisherigen und teilweise über viele Jahre hinweg gewachsenen Familienhebammenprogramme bieten jedoch jenen Kommunen gute Orientierungshilfen, die noch am Anfang der Entwicklung dieser Programme stehen. Drei unterschiedliche Modelle für den Einsatz von Familienhebammen im kommunalen Kontext werden im Folgenden exemplarisch skizziert. Das erste Beispiel beschreibt ein Angebot, das sich durch eine ausschließlich gemeinnützige Trägerschaft auszeichnet³¹:

31 Die folgenden Beispiele stellen nur eine kleine Auswahl dar. Weitere Modellprogramme, Materialien und Publikationen des NZFH sowie weiterer Kooperationspartner/-innen werden auf dem NZFH-Internetportal der Bundesinitiative zur Verfügung gestellt.

Stadtteil-Familienhebammen

Projektbeispiel aus Wuppertal (ca. 350.000 Einwohner) im Rahmen des Projekts »Das gesunde Kinderhaus« der Alten Feuerwache Wuppertal.

In dem Kinder- und Jugendzentrum der Alten Feuerwache Wuppertal (AFW) sind zwei Familienhebammen auf Teilzeitbasis (50 % bzw. 37,5 % einer Vollzeitstelle) angestellt. Die Einrichtung wird von dem gemeinnützigen Verein »Nachbarschaftsheim Wuppertal e.V.« getragen. Finanziert werden die beiden Familienhebammen des Projektes durch eine private Stiftung.

Die Einrichtung liegt im Einzugsgebiet zweier Stadtteile, die durch soziale und wirtschaftliche Armut gekennzeichnet sind. Eine der Familienhebammen arbeitet in den Vierteln Nordstadt und Ostersbaum in Wuppertal-Elberfeld, die andere im Stadtbezirk Wichlinghausen in Wuppertal-Barmen. Diese gelten als »soziale Brennpunkte« (u. a. 69 % bzw. 56 % Migrationsanteil, 27,4 % Hartz-IV-Empfänger/-innen, viele kinderreiche Familien).

Die Familienhebammen sind staatliche examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation zur Familienhebamme durch den Landeshebammenverband.

Die Familienhebammen der AFW betreuen 20 Familien pro Jahr, wobei es auf den individuellen Einzelfall ankommt, wie lange der Betreuungszeitraum währt. Die Frauen und Familien nehmen in der Regel selbstständig Kontakt zu den Familienhebammen auf, die regelmäßige Sprechstunden in einem eigenen Büro in den Räumen des Kinder- und Jugendzentrums anbieten. Dauer, Frequenz und Betreuungsinhalte werden von der jeweiligen Familienhebamme in Abstimmung mit den Frauen beziehungsweise Familien festgelegt. Es erfolgt keine namentliche Meldung oder Weitergabe von Sozialdaten an das Gesundheits- oder Jugendamt. Für die Dokumentation werden personenbezogene Daten in anonymisierter Form verwendet.

Der Betreuungszeitraum durch die Familienhebamme ist prinzipiell von der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes möglich.

Die Familienhebammen arbeiten in einem multiprofessionellen Team mit verschiedenen therapeutischen sowie früh- und sozialpädagogischen Fachkräften. Es

finden regelmäßige Teambesprechungen und Supervisionsitzungen statt, und es können bei Bedarf weitere Fachkräfte des Teams in die Betreuung einbezogen werden. Außerdem haben die beiden Familienhebammen monatliche Fallsupervisionen.

Eine wichtige »Brückenfunktion« nehmen in Elberfeld eine türkische und eine arabische »Stadtteilmutter« ein. Sie leben in dem jeweiligen Stadtteil, sprechen neben ihrer Muttersprache sehr gut Deutsch und führen Mütter- und Elterntreffen sowie Lern- und Spielgruppen durch. Sie begleiten bei Bedarf die Familienhebamme bei Hausbesuchen und dienen als Kontaktperson. Für diese Tätigkeit erhalten sie ein Honorar.

Zwei Baby-Krabbelgruppen werden – in Zusammenarbeit mit der türkischen Stadtteilmutter und der Familienhebamme – einmal die Woche angeboten. Der Schwerpunkt dieses Angebots liegt auf der Sprachförderung der Babys und der Vermittlung basaler Erziehungsgrundsätze (z. B. Ernährung, Tagesstruktur, Sauberkeitserziehung, Zahngesundheit etc.).

Darüber hinaus können ältere Geschwisterkinder Angebote des Kinder- und Jugendzentrums nutzen (Mittagstisch, Hausaufgabenbetreuung, Offener Bereich, Zirkus etc.). Diese Veranstaltungen bieten einen guten Rahmen, um Schwangere, Mütter und Familien über die Möglichkeit einer zusätzlichen Betreuung durch die Familienhebamme zu informieren.

Die einzelfallbezogene Vernetzung in den Stadtteilen erfolgt bei Bedarf mit Hebammen, Frauen- und Kinderarztpraxen, Schwangerschaftsberatungsstellen, Kinder- und Geburtskliniken, Kinderschutzbund, Stadtteiltreff, Schuldnerberatung, Bezirkssozialdiensten, Frühförderstellen, Physiotherapiepraxen, Flexible Erziehungshilfen, »Treffpunkt für Alleinerziehende« etc.

Außerdem besteht eine Verbindung zum kommunalen Netzwerk Früher Hilfen. Die Mitarbeiter/-innen der AFW sowie weitere Fachkräfte und institutionellen Vertreter/-innen des Netzwerkes treffen sich in größeren Abständen zum gemeinsamen Fachaustausch.

Zu den Vorteilen dieses Modells zählt, dass die Familienhebammen wohnortnah in einem institutionellen Rahmen tätig sind, der für die betreffenden Familien mit einer relativ niedrigen Hemmschwelle verbunden ist. Die Einbindung der Familienhebammen in ein multiprofessionelles Team ermöglicht ohne großen Aufwand eine »Tandembetreuung«. Durch ihre Mitarbeit im Familienzentrum lassen sich spezielle Gruppenangebote entwickeln, über die Kontakte zu Familien geknüpft werden und die eine gute Basis für die aufsuchende betreuende Tätigkeit in den Familien schaffen. Die Unterstützung durch die »Stadtteilmütter« stellt eine weitere hilfreiche Maßnahme dar.

Eine wichtige Aufgabe stellt die Einbindung dieses oder ähnlicher Familienhebammenangebote in das kommunale Netzwerk Früher Hilfen dar. Wenn es sich um Angebote freier Träger oder bürgerschaftlicher Initiativen handelt, besteht keine strukturelle Anbindung an kommunale Stellen wie Gesundheits- oder Jugendamt. Eine wichtige Funktion kommt in diesen Fällen auf die Koordinierungsstellen der Netzwerke Früher Hilfen zu, um Familienhebammen dieser Träger in die Netzwerkarbeit aktiv einzubinden.

Wie die Zusammenarbeit eines freien Trägers mit der kommunalen Behörde, mit freiberuflich tätigen Familienhebammen und weiteren Fachkräften des Netzwerkes Früher Hilfen aussehen kann, veranschaulicht das folgende Beispiel:

32 In der Bundesinitiative ist eine Betreuung bis zum 12. Monat des Kindes möglich. In diesem Fall hat man sich für ein erweitertes Modell entschieden.

Mobile Betreuung durch Familienhebammen im ländlichen Gebiet

Projektbeispiel aus Bayern des Landkreises Bamberg mit 36 Gemeinden und circa 145.000 Einwohnern. Die Größe der Gemeinden reicht von unter 1.000 bis mehr als 11.000 Einwohnern.

Um Frauen und Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf ein möglichst niedrigschwelliges Angebot zu unterbreiten, ist vom Kreisjugendamt Bamberg ein freier Träger mit der Umsetzung des Familienhebammenprojekts beauftragt worden. Die Koordinierende Kinderschutzstelle (KoKi) des Netzwerks Früher Hilfen ist beim Kreisjugendamt angesiedelt. Träger und KoKi arbeiten eng zusammen.

Die Vermittlung von Frauen und Eltern an eine Familienhebamme erfolgt über jene Dienste, Institutionen und Fachkräfte vor Ort, zu denen Schwangere oder Familien regelmäßig Kontakt haben. Dazu zählen insbesondere Schwangerenberatungsstellen, Geburtskliniken, niedergelassene Hebammen, Frauen- und Kinderarztpraxen, KoKi Netzwerk Frühe Hilfen, Erziehungsberatungs- oder Familienberatungsstellen und der Kinderschutzbund. Die Betreuung durch Familienhebammen ist in der Schwangerschaft und für Mütter/Eltern mit Kindern bis zu 18 Monaten möglich.³² Das Angebot ist kostenlos und freiwillig. Es ist keine Antragstellung seitens der Familie nötig. In der Regel übernimmt die Familienhebamme die notwendigen Absprachen mit dem Träger beziehungsweise der KoKi.

Die Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation des Bayerischen Hebammen-Landesverbands. Sie arbeiten auf Honorarbasis zusätzlich zu ihrer freiberuflichen Hebammentätigkeit im Auftrag des Trägers. Sie sind möglichst dezentral im gesamten Landkreis vertreten. Das Betreuungskontingent pro Familie ist auf maximal 16 Stunden im Monat begrenzt. In begründeten Einzelfällen kann nach Absprache des Trägers mit der KoKi dieses monatliche Kontingent aufgestockt werden.

An fachlicher Begleitung für die Familienhebammen bietet der Träger monatlich 2 Stunden fallbezogene Beratung pro Familie und 2 Stunden fallübergreifende Supervision an.

Für bestimmte Leistungen, die über die Ressourcen und Kompetenzen der Familienhebammen hinausgehen, kann nach Absprache mit der KoKi eine pädagogische Fachkraft des Trägers mit hinzugezogen werden.

Die Familienhebammen dokumentieren die Betreuungsprozesse nach einheitlichen Dokumentationsvorlagen. Die Sozialdaten der Familie bleiben beim Träger. Die KoKi wird durch den Träger nur in anonymisierter Form über die aufgenommenen Betreuungsfälle informiert.

Erkennt die Familienhebamme einen Hilfebedarf, den sie alleine nicht mehr bewältigen kann, dann versucht sie die Familie dahingehend zu motivieren, weitere Unterstützungsangebote über die KoKi oder den Allgemeinen Sozialen Dienst des Kreisjugendamts zu beantragen.

Werden der Familienhebamme gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls bekannt, so haben sie dies dem Träger mitzuteilen. Der Träger hat seinerseits die Gefährdung abzuschätzen. Sind die Eltern nicht bereit oder in der Lage, die Gefährdung abzuwenden, hat der Träger auch ohne Einverständnis der Eltern (aber nicht ohne deren Wissen) unverzüglich das Kreisjugendamt zu informieren. Diese Verpflichtung wird den Eltern jedoch von Beginn an transparent gemacht.

Wohnortnahes und innerstädtisch vernetztes Familienhebammenangebot in einer Großstadt

in Anlehnung an das Hamburger Familienhebammen-Programm.

In diesem Programm sind aktuell 23 Familienhebammen und 2 Kinderkrankenschwestern an insgesamt 16 Standorten in allen 7 Stadtbezirken tätig; davon knapp die Hälfte als Teilzeitangestellte, die restlichen auf Honorarbasis. Zusätzlich zu diesem Kreis können circa 10 »freie« oder in anderen Einrichtungen tätige Familienhebammen bedarfsweise hinzugezogen werden. Ihr Einsatz wird über einen sogenannten Notfallfonds finanziert.

Die Standorte sind so gewählt, dass nach dem Hamburger *Sozialindex* hoch belastete und besonders geburtenstarke Sozialräume erreicht werden oder Sozialräume, in denen eine niedrige Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U 6 bis U 9 vorliegt. Die Familienhebammen sind in der Regel in wohnortnahen Einrichtungen in freier Trägerschaft angesiedelt wie Familien- und Stadtteilzentren oder Eltern-Kind-Einrichtungen. Häufig gibt es darüber hinaus Sprechstundenangebote teilweise in Zusammenarbeit mit der Mütterberatung und anderen Beratungsstellen.

Die finanzielle Mindestausstattung eines Standortes beträgt derzeit 46.500 Euro/Jahr. Darin sind Mittel für die Familienhebammentätigkeit einschließlich Supervision und Netzwerkaktivitäten sowie für die Fachstunden von Sozialpädagoginnen enthalten. Hinzu kommen Sachkostenzuschüsse.

Die Träger der Familienhebammenangebote sind in einer Arbeitsgemeinschaft, in dem selbstorganisierten und unabhängigen »Netzwerk Hamburger Familienhebammen« zusammen geschlossen. Die für das Programm zuständige Gesundheitsbehörde (Amt

für Gesundheit) finanziert mit 3 Stunden pro Woche eine Koordinatorin, die unter anderem den Kontakt zur Fachbehörde, zu den einzelnen Trägern, den für die Familienhebammen zuständigen Supervisoren/Supervisorinnen und dem zuständigen Fortbildungsinstitut unterhält.

Die Familienhebammen arbeiten im Team mit sozialpädagogischen Fachkräften. Während erstere überwiegend bei den Familien vor Ort tätig sind, leisten die Sozialpädagoginnen wesentliche »Unterstützungsarbeit« (z. B. Erstkontakt mit den Familien, Klärung des Unterstützungsbedarfs, Weitervermittlung an weitere Angebote Früher Hilfen, Begleitung zu Arztbesuchen, Ämtern u. v. a. m.) Auch die Gremien- und Vernetzungsarbeit liegt oftmals bei den Sozialpädagoginnen, die dadurch die begrenzten Zeitbudgets der Familienhebammen entlasten.

Die Familienhebammen führen eine Einzelfall-Dokumentation mit einem vorgegebenen Erhebungsinstrument in anonymisierter Form durch. Auf Grundlage dieser Dokumentation und in Abstimmung mit allen Beteiligten wertet die Fachbehörde die Ergebnisse aus und veröffentlicht sie (Gesundheitsberichterstattung).

Bei einem gewichtigen Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 8 a SGB VIII wird die Familienhebamme zunächst die betreffenden Eltern (beziehungsweise Personensorgeberechtigten) auf entsprechende Hilfsangebote verweisen, dann bei Bedarf eine erfahrene Fachkraft hinzuziehen und erst bei Erfolglosigkeit dieser Maßnahmen – unter Einhaltung des Transparenzgebots – das Jugendamt informieren.³³

Während das zweite Modell ein gut vernetztes und dezentral orientiertes Familienhebammenangebot mit unterschiedlichen institutionellen Akteuren und freiberuflichen Familienhebammen in einem ländlich strukturierten Einzugsgebiet darstellt, beschreibt das Beispiel auf S. 48 die Umsetzung eines Familienhebammenprogramms in einem großstädtischen Kontext.

Auch in diesem, in mehr als 10 Jahren entwickelten und zwischenzeitlich evaluierten, Familienhebammenprogramm wird ein besonderes Gewicht auf wohnortnahe und niedrigschwellige Zugangswege gelegt. In dieser Zeit hat sich eine strukturell abgesicherte Kooperation zwischen einer kommunalen Stelle (in diesem Fall der Gesundheitsbehörde) und verschiedenen freien Trägern (zumeist in der Kinder- und Jugendhilfe) etabliert.

Alle drei Praxisbeispiele beschreiben Modelle, in denen das Jugendamt für die zu betreuenden Familien nicht als direkter Ansprechpartner gegenüber den Familien auftritt. Diese Aufgabe übernehmen wohnortnahe und niedrigschwellige Einrichtungen. Verdeutlicht wird aber auch, wie dennoch eine Abstimmung und Koordination zwischen den verschiedenen Stellen möglich ist, so dass die verantwortliche Behörde in ausreichender Form eingebunden bleibt. Natürlich ist es auch möglich, dass Familienhebammen direkt beim Jugendamt angesiedelt sind. Kommunen, die sich im Rahmen der Bundesinitiative für dieses Modell entscheiden, sollten sorgfältig abwägen, welche Vor- und Nachteile damit verbunden sind.

WAS IST BEI DER FALLÜBERGREIFENDEN ZUSAMMENARBEIT VON FAMILIENHEBAMMEN MIT DEN KOORDINIERUNGSSTELLEN UND DEN BETEILIGTEN DES NETZWERKES FRÜHER HILFEN ZU BEDENKEN?

Neben der einzelfallbezogenen Zusammenarbeit von Familienhebammen mit Beteiligten des Netzwerkes Früher Hilfen gehört zu ihrem Tätigkeitsspektrum auch die fallübergreifende Mitarbeit im Netzwerk Früher Hilfen. Die Einbindung kann beispielsweise durch die Teilnahme an Runden Tischen, Arbeitsgruppen oder anderen regelmäßig stattfindenden Aktivitäten des Netzwerkes erfolgen.

Damit Familienhebammen diese Netzwerktätigkeit angemessen ausfüllen können, sind sie auf eine fachlich qualifizierte Koordination der Netzwerke angewiesen. In der Verwaltungsvereinbarung werden den Koordinierungsstellen wichtige Aufgaben zugewiesen, die der örtliche Träger der Jugendhilfe (sofern das Landesrecht keine andere Regelung trifft) vorhalten muss. Förderungsfähig sind gemäß Artikel 2, Absatz 3 der Verwaltungsvereinbarung insbesondere:

33 Weiterführende Informationen zum Hamburger Familienhebammen-Programm wie z. B. eine genaue Aufschlüsselung der Vergütungssätze und ein Muster-Kooperationsvertrag sind auf der Internetseite des NZFH zur Bundesinitiative enthalten. Weitere Informationen finden sich auch in folgender Publikation: Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, Fachabteilung Gesundheitsdaten und Gesundheitsförderung: Die Arbeit der Familienhebammen in Hamburg (Stand 2012). Kurzbericht zur Gesundheit. Hamburg 2012.

- Einsatz von Netzwerkkoordinatoren und –koordinatorinnen in den Koordinierungsstellen,
- Qualifizierung und Fortbildung der Netzwerkkoordinatoren und –koordinatorinnen,
- Maßnahmen zur Dokumentation und Evaluation der Netzwerkprozesse,
- Förderung von – im Schwerpunkt interdisziplinär ausgerichteten – Veranstaltungen oder Qualifizierungsangeboten,
- Maßnahmen zur unterstützenden Öffentlichkeitsarbeit.



Die Zusammenarbeit in Netzwerken kann – und dies nicht nur in den Frühen Hilfen – natürlich auch mit Schwierigkeiten und Reibungsverlusten verbunden sein. Denn es treffen Fachkräfte aus unterschiedlichen Praxis- und Berufsfeldern mit ebenso unterschiedlichen professionellen Werten und Standards zusammen. Hinzu kommen die institutionell unterschiedlich ausgeprägten Abstimmungs- und Entscheidungsprozesse insbesondere der Netzwerkpartner in öffentlicher Trägerschaft. Zur professionellen Rolle der Netzwerkkoordinatoren und –koordinatorinnen können in diesem Zusammenhang daher auch moderierende und lösungsorientierte Aufgaben gehören.

Grundsätzlich oder zumindest perspektivisch sollten kommunale Koordinierungsstellen im Bereich der Frühen Hilfen sowohl ratsuchenden Familien und interessierten Bürgerinnen und Bürgern als auch allen Fachkräften und Einrichtungen der Frühen Hilfen zur Verfügung stehen. Sie bündeln und aktualisieren die Informationen über Angebote zu Frühen Hilfen öffentlicher sowie freier Anbieter und sorgen für eine bestmögliche Transparenz innerhalb der fachlichen Angebote. Darüber hinaus haben sie die Aufgabe, die Netzwerkstrukturen zu entwickeln oder zu festigen. Zu den Netzwerk-Standards, die von der Koordinierungsstelle als »Motor« des Netzwerkes besonders beachtet werden sollten, gehören unter anderem³⁴:

- Bekanntmachung der Koordinierungsstelle mit ihren Zielen und Aufgaben in Politik, Verwaltung und Sozialraum (beispielsweise über Informationsveranstaltungen, Fachtagungen, Besuche der Netzwerkpartnerinnen und -partnern vor Ort, Fort- und Weiterbildungen der Fachkräfte, Arbeitstreffen, Jugendhilfeausschuss, Newsletter, Homepage, Beteiligung an Veranstaltungen, kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit).
- Entwicklung und Vereinbarung verbindlicher Zielsetzungen und Prioritäten einschließlich darauf zu beziehender Arbeitsaufträge sowie die Festlegung von Kommunikations- und Informationswegen für Abstimmungen und Rückmeldungen.
- Klärung von Entscheidungshoheiten, Zuständigkeiten und Arbeitsaufträgen gegenüber allen Netzwerkpartnern und –partnerinnen.
- Schaffung von Transparenz über Netzwerkstrukturen und über die Wege zur Verbreitung von Wissen, Erkenntnissen, Zielsetzungen und Materialien sowohl innerhalb der Institutionen als auch innerhalb des Netzwerkes.

- Entwicklung von geeigneten Rahmenbedingungen, um die Beziehungsarbeit im Netzwerk zu ermöglichen (Pflege einer gemeinsamen Netzwerkkultur, auch zwischen den einzelnen Fachbereichen wie Bildung, Soziales, Gesundheit, Kinder- und Jugendhilfe, Polizei, Justiz, Ehrenamt, Politik, Verwaltung und Öffentlichkeit).

34 Die folgenden Standards sind auszugsweise einem umfassenden Kriterienkatalog des sächsischen Handlungskonzepts für präventiven Kinderschutz entnommen. Sie sind auf einer Klausurtagung und mehreren Treffen aller Koordinatoren und Koordinatorinnen des Landes entwickelt worden. (Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz: Sachsen: Kinderschutz ganz praktisch. Dresden 2010, S. 32.)

**HINWEISE AUF
WEITERFÜHRENDE
INFORMATIONEN**

INFORMATIONEN ZU FRÜHEN HILFEN UND ZUR BUNDESINITIATIVE IM INTERNET

www.fruehehilfen.de

Internetportal des NZFH

Auf diesem Portal informiert das NZFH über Grundlagen und Zielsetzungen der Bundesinitiative und stellt insbesondere Kommunen fortlaufend aktuelle Informationen, Materialien und Arbeitshilfen zum Thema »Frühe Hilfen« und zu den einzelnen Tätigkeitsschwerpunkten der Bundesinitiative zur Verfügung.

Internetangebote der Länder zur Durchführung der Bundesinitiative

Die Bundesländer bieten in der Regel landesspezifische Internetangebote zu den Frühen Hilfen, zum Kinderschutz und zur Durchführung der Bundesinitiative Frühe Hilfen an.

Diesbezügliche Informationen sind bei den Landeskoordinierungsstellen zu beziehen.

Eine aktuelle Übersicht dieser Stellen steht auf dem Internetportal des NZFH zur Verfügung.

WEITERE INTERNETANGEBOTE

www.eLearning-FrueheHilfen.de

Der kostenfreie E-Learning-Kurs des Landes Baden-Württemberg »Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz« vermittelt theoretisches und praktisches Wissen sowie umfassende Handlungskompetenzen im Bereich der Frühen Hilfen und im Kinderschutz. Der Kurs ist interdisziplinär angelegt und richtet sich an Fachkräfte aus der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen, der Frühförderung, der Schwangerenberatung, der Familienengerichtsbarkeit sowie an all diejenigen, die mit Familien mit Säuglingen und Kleinkindern arbeiten.

www.eine-chance-fuer-kinder.de

Die Stiftung setzt sich dafür ein, Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung zu verhindern. Hierzu gehören vor allem von der Stiftung selbst umgesetzte Maßnahmen wie der Einsatz von Familienhebammen zur Betreuung von Familien während des gesamten ersten Lebensjahres eines Kindes.

Aus dem Pilotprojekt »Aufsuchende Hilfe für Mütter/Familien und ihre Kinder durch Familienhebammen« (2002–2006) in vier niedersächsischen Kommunen ist für zahlreiche Kommunen eine reguläre Hilfemaßnahme

entstanden. Inzwischen werden insgesamt in 42 der 60 niedersächsischen Jugendämter Familienhebammen eingesetzt. Die Stiftung ist als Träger der Hilfsmaßnahme »Einsatz von Familienhebammen« in 10 Kommunen tätig.

INTERNETADRESSEN VON FACHVERBÄNDEN IN DER HEBAMMENHILFE

www.hebammenverband.de

Der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) ist der mitgliederstärkste Berufsverband von Hebammen. Über die Internetseite des Dachverbandes sind neben aktuellen berufs- und fachpolitischen Informationen auch die Landeshebammenverbände und andere Fachgesellschaften erreichbar (unter Menüpunkt: wir über uns).

www.bfhd.de

Der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschland e.V. (BfHD) vertritt als Berufsverband die Interessen von freiberuflichen Hebammen und Hebammenschülerinnen, die eine natürliche und selbstbestimmte Geburtshilfe praktizieren.

www.dghwi.de

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) ist eine unabhängige wissenschaftliche Fachgesellschaft zur hebammenwissenschaftlichen Forschung, Lehre und Praxis. Sie setzt sich unter anderem für die wissenschaftliche und evidenzbasierte Entwicklung des Faches Hebammenwesen ein.

INTERNETADRESSEN VON FACHVERBÄNDEN ANDERER GESUNDHEITSBERUFE

www.bekd.de

Der Bundesverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD) ist der Berufsverband, der sich auf die Interessenvertretung der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger spezialisiert hat. Er vertritt die berufspolitischen Interessen national, regional und lokal. Der BeKD setzt sich für eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ein, die durch differenzierte Kompetenz, verantwortliches Handeln und Fürsorge der Betroffenen, ihrer Eltern und Angehörigen geprägt ist.

www.familiengesundheitspflege.de

Das Kompetenzzentrum Familiengesundheitspflege des DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.) setzt sich für die Etablierung der Familiengesundheitspflege im deutschen Gesundheitswesen ein. Das Projekt wird von der Robert Bosch Stiftung gefördert. Vor allem sozial benachteiligten Gruppen soll der Zugang zum Sozial- und Gesundheitswesen ermöglicht werden.

www.ig-kikra.de

Die Interessengemeinschaft freiberuflicher und/oder präventiv tätiger Kinderkrankenschwestern e.V. (IG-Kikra) ist ein Netzwerk für Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger, die ihren Schwerpunkt unter anderem in Stillberatung, Kursleitung für Elternkurse und Eltern-Kind-Kurse, in der Gesundheitsberatung sowie in der Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege haben.

AUSGEWÄHLTE THEMENBEZOGENE VERÖFFENTLICHUNGEN DES NZFH

Die folgenden Veröffentlichungen sind auf dem Internetportal des NZFH ausführlich beschrieben und stehen in der Regel zur Bestellung und als Download zur Verfügung (www.fruehehilfen.de).

Kompetenzprofil Familienhebammen

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2013.

Bestellnummer: 16000130

Datenschutz bei Frühen Hilfen

Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) e.V.

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Informationszentrum Kindesmisshandlung/
Kindesvernachlässigung (IzKK) am Deutschen Jugendinstitut e.V., Köln 2013.

Bestellnummer: 16000112

Zieldefinitionen für das berufliche Handeln von Familienhebammen

Materialien zu Frühen Hilfen 5.

Elke Mattern, Gertrud M. Ayerle, Johann Behrens.

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012.

Bestellnummer: 16000129w

Weiterbildungen im Bereich der Frühen Hilfen für Hebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich

Materialien zu Frühen Hilfen 6.

Gertrud M. Ayerle, Kristin Czinzoll, Johann Behrens.

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012.

Nur online abrufbar unter www.fruehehilfen.de

Frühstart. Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen

Kompakt. Gertrud M. Ayerle.

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012.

Bestellnummer: 16000131

Wirkungsevaluation »Keiner fällt durchs Netz«. Ein Modellprojekt des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

Kompakt. Ilona Renner.

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012.

Bestellnummer: 16000132

Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung

Ilona Renner, Viola Heimeshoff.

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2010.

Bestellnummer: 16000117

Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen

Hrsg.: Ilona Renner, Alexandra Sann, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2010.
Bestellnummer: 16000116

Werkbuch Vernetzung. Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz

Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben.
Ute Ziegenhain, Angelika Schöllhorn, Anne K. Künster, Alexandra Hofer, Cornelia König, Jörg M. Fegert.
Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 4. Aufl. 2011.
Bestellnummer: 16000110

Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland. Bestandsaufnahme. Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen

Materialien zu Frühen Hilfen 2.
Alexandra Sann.
Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2010.
Bestellnummer: 16000115

Bestandsaufnahme zur Entwicklung der kommunalen Praxis im Bereich Früher Hilfen. Zweite Teiluntersuchung

Kompakt.
Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2011.
Bestellnummer: 16000124

Bestandsaufnahme Frühe Hilfen.

Dritte Teiluntersuchung: Kurzbefragung Jugendämter 2012

Kompakt.
Elisabeth Gran, Ernst-Uwe Küster, Alexandra Sann.
Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2012.
Bestellnummer: 16000133

Die Bedeutung der Schwangerschaftsberatung im Kontext Früher Hilfen. Standortbestimmung

Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2010.
Bestellnummer: 16000113

Interdisziplinäre Frühförderung und Frühe Hilfen – Wege zu einer intensiveren Kooperation und Vernetzung

Hans Weiß.
Hrsg.: Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln 2013.
Bestellnummer: 16000125

WEITERE THEMENBEZOGENE VERÖFFENTLICHUNGEN

Die folgenden Publikationen sind auf dem Internetportal des NZFH einschließlich ISBN-Nummern, Bestelladressen und Inhaltsangaben ausführlich beschrieben (www.fruehehilfen.de).

Elke Mattern, Ute Lange:

Die Rolle der Familienhebamme im System der Frühen Hilfen.

In: Frühe Hilfen. Gesundes Aufwachsen ermöglichen. Zeitschrift der Deutschen Liga für das Kind: frühe kindheit. Sonderausgabe 2012, S. 66–75.

Daniel Nakhla, Andreas Eickhorst, Manfred Cierpka:

Praxishandbuch Familienhebammen.

Arbeit mit belasteten Familien. Frankfurt a.M. 2009.

Gesundheit Berlin Brandenburg e.V. / Regionaler Knoten Berlin (Hrsg.):

Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt.

Berlin 2012.

Jörg Freese, Verena Göppert, Mechthild Paul:

Frühe Hilfen und Kinderschutz in den Kommunen.

Wiesbaden 2011.

Johannes Münder, Angela Smessaert:

Frühe Hilfen und Datenschutz.

Münster 2010.

Thomas Meysen, Diana Eschelbach:

Das neue Bundeskinderschutzgesetz.

Baden-Baden 2012.

GLOSSAR

BUNDESSTIFTUNG MUTTER UND KIND

Die Bundesstiftung »Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens« hilft seit 1984 schwangeren Frauen in Notlagen. Diese erhalten auf unbürokratischem Weg ergänzende finanzielle Hilfen, die ihnen die Entscheidung für das Leben des Kindes und die Fortsetzung der Schwangerschaft erleichtern sollen. Sie untersteht der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und erhält für ihre Arbeit jährlich mindestens 92 Millionen Euro aus dem Bundeshaushalt (97 Millionen Euro im Jahr 2009), die sie nach einem Bevölkerungsschlüssel an Zuwendungsempfänger auf Landesebene vergibt. Das können Landesstiftungen sein oder andere im Sinne des Stiftungszwecks tätige Einrichtungen.

Das für die Auszahlung notwendige Antrags- und Bewilligungsverfahren wird ausschließlich von den vor Ort tätigen Schwangeren- beziehungsweise Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen durchgeführt.

Die Bundesstiftung unterstützt Not leidende Schwangere durch finanzielle Zuschüsse. Ihre Mittel stellen zugleich einen wichtigen Beitrag zum aktiven Kinderschutz dar – die Bundesstiftung ist Türöffner in das System Früher Hilfen. Wenn Hilfeempfängerinnen in einer Einrichtung der Schwangerenberatung einen Antrag auf Unterstützung durch die Bundesstiftung »Mutter und Kind« stellen, können sie und ihre Familien bereits vor der Entbindung individuell beraten und über bestehende Hilfen umfassend informiert werden. Für die Zeit nach der Geburt des Kindes besteht zudem die Möglichkeit zur Nachbetreuung.

Quelle: www.bundesstiftung-mutter-und-kind.de; Zugriff: 24.9.2012

DEUTSCHER QUALIFIKATIONSRAHMEN FÜR LEBENSLANGES LERNEN (DQR)

Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) ist ein Übersetzungsinstrument, mit dessen Hilfe alle in Deutschland erwerbbaaren und angebotenen Qualifikationen den 8 Niveaustufen des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) zugeordnet werden können. Dadurch wird die Vergleichbarkeit von Bildungsabschlüssen in Europa verbessert und die Mobilität von Lernenden und Arbeitnehmern erhöht. Der DQR soll alle schulischen, akademischen, beruflichen und anderweitig erworbenen Qualifikationen abbilden und so einen Rahmen für das lebenslange Lernen bieten. Dabei wird den Besonderheiten des deutschen Bildungssystems Rechnung getragen.

Ziel des DQR ist es,

- das deutsche Qualifikationssystem transparenter zu machen und Verlässlichkeit, Durchlässigkeit sowie Qualitätssicherung zu unterstützen und die Vergleichbarkeit und Unterscheidung von Qualifikationen zu erleichtern,
- ein Übersetzungsinstrument für den Bildungs- und Beschäftigungsbereich zu schaffen, um Qualifikationen besser einordnen zu können und die Anerkennung von in Deutschland erworbenen Qualifikationen in Europa zu erleichtern,
- die Mobilität von Lernenden und Beschäftigten innerhalb Deutschlands und zwischen Deutschland und anderen europäischen Ländern zu fördern,

- die Orientierung an Kompetenzen und Lernergebnissen (Outcome-Orientierung) zu fördern und
- Möglichkeiten der Anerkennung und Anrechnung von Ergebnissen informellen Lernens zu verbessern, um lebenslanges Lernen insgesamt zu stärken.

Quelle: www.deutscherqualifikationsrahmen.de; Zugriff: 21.9.2012

FRÜHE HILFEN

Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen.

Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.

Frühe Hilfen umfassen vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Wenn die Hilfen nicht ausreichen, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden.

Frühe Hilfen basieren vor allem auf multiprofessioneller Kooperation, beziehen aber auch bürgerschaftliches Engagement und die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien mit ein. Zentral für die praktische Umsetzung Früher Hilfen ist deshalb eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste. Frühe Hilfen haben dabei sowohl das Ziel, die flächendeckende Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten voranzutreiben, als auch die Qualität der Versorgung zu verbessern.

Die Begriffsbestimmung wurde auf der 4. Sitzung des Wissenschaftlichen Beirats des NZFH verabschiedet. Sie wurde von ihm gemeinsam mit dem NZFH erarbeitet und mit dem Fachbeirat des NZFH besprochen. Die Begriffsbestimmung spiegelt den derzeitigen Stand der Diskussion über Frühe Hilfen wider.

(Mitglieder der Arbeitsgruppe, »Begriffsbestimmung Frühe Hilfen« im Wissenschaftlichen Beirat des NZFH: Prof. Dr. Sabine Walper, Prof. Dr. Peter Franzkowiak, Dr. Thomas Meysen, Prof. Dr. Mechthild Papoušek)

HEBAMMEN-VERGÜTUNGSVEREINBARUNG

Die Hebammen-Vergütungsvereinbarung ist Bestandteil des Vertrags über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134 a, SGB V. Sie regelt die abrechnungsfähigen Leistungen freiberuflicher Hebammen während der Schwangerschaft und Geburt, des Wochenbetts und der Stillzeit.

Zu den abrechnungsfähigen Leistungen während des **Wochenbetts** gehören die aufsuchende Wochenbettbetreuung (Besuch) **oder** eine Beratung (telefonisch) der Wöchnerin (persönlich oder mittels Kommunikationsmitteln):

- innerhalb der ersten 10 Tage nach der Geburt maximal 20 Leistungen
- vom 11. Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von 8 Wochen 16 Leistungen (mehr als 16 Leistungen sind nur berechnungsfähig, soweit ärztlich angeordnet)

Nach Ablauf von 8 Wochen:

- bis zum Ende der Abstillphase (bei Stillschwierigkeiten)
- bei Ernährungsproblemen des Säuglings (bis zum Ende des 9. Monats)

KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

Die Komplexität des Sachverhalts zur Kindeswohlgefährdung ergibt sich unter anderem aus der Notwendigkeit, eine Ausgewogenheit zwischen Elternrecht, Kindeswohl und staatlichem Schutzauftrag herzustellen. Im Grundgesetz werden die hierfür relevanten normativen Voraussetzungen geschaffen. Neben den universell gültigen Aussagen zur Achtung der Menschenwürde ist das Kindeswohl insbesondere durch den Bezug zu den Eltern geregelt. Es weist die primäre Verantwortung für die Erziehung und den Schutz des Kindes vor Gefahren für sein Wohl den Eltern zu (Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG).

Explizit behandelt wird der Begriff Kindeswohlgefährdung im Kindschaftsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuchs. Es regelt unter anderem die möglichen Gefährdungsursachen und wann das Familiengericht zur Abwendung der Gefahr die erforderlichen Maßnahmen zu treffen hat (§ 1666 Abs. 1 BGB).

Das Erziehungsprimat der Eltern endet dort, wo das Kindeswohl gefährdet wird. Nehmen die Eltern ihre Elternverantwortung nicht wahr oder überschreiten sie die Grenzen ihres Elternrechts, ist der Staat nicht nur zur Intervention befugt, sondern unter Wahrung der Verhältnismäßigkeit dazu verpflichtet (Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG).

Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs hat den Begriff der Kindeswohlgefährdung konkretisiert und versteht darunter *»eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt.«* Aus dieser Definition ergeben sich drei Kriterien für die Feststellung einer Kindeswohlgefährdung, die **gleichzeitig** erfüllt sein müssen: gegenwärtig vorhandene Gefahr, Erheblichkeit der Schädigung sowie Sicherheit der Vorhersage.

Für die Praxis der Frühen Hilfen sind insbesondere die Regelungen zum Kinderschutz und zur Kindeswohlgefährdung im Kinder- und Jugendhilferecht (SGB VIII) relevant. Der Begriff Kindeswohlgefährdung findet hier eine altersmäßige Differenzierung als *»Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen«* und ist maßgebliches Entscheidungskriterium für die Aktivierung des **Schutzauftrags bei Kindes-**

wohlgefährdung (§ 8 a Abs. 1 Satz 1 SGB VIII), die Inobhutnahme (§ 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VIII) oder die Zurücknahme oder den Widerruf einer Pflegeerlaubnis (§ 44 Abs. 3 Satz 2 SGB VIII). Halten es die Fachkräfte zur Abwendung der Gefährdung für erforderlich, so haben sie das Familiengericht anzurufen (§ 8 a Abs. 3 Satz 1 SGB VIII).

Das Hilfeprogramm des SGB VIII regelt das Angebot zum Schutz von Kindern und Jugendlichen: a) im Vorfeld einer Kindeswohlgefährdung, b) bei drohender oder c) bereits verwirklichter Gefahr:

- a) Orientieren sich die Eltern bei der Wahrnehmung ihrer Elternverantwortung am Kindeswohl, beschränkt sich der Auftrag der öffentlichen Jugendhilfe darauf, für alle Eltern Regelangebote zur Förderung der Erziehung (§§ 11 bis 26 SGB VIII) vorzuhalten. Die Eltern entscheiden freiwillig, ob sie diese Angebote in Anspruch nehmen wollen.
- b) Sind die Grenzen, die das Kindeswohl dem Elternrecht setzt, noch nicht überschritten, ist aber festzustellen, dass eine Fehlentwicklung beziehungsweise ein Rückstand oder Stillstand der Entwicklung des Kindes oder des/der Jugendlichen zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit eingetreten ist oder droht, und sind die Eltern aus eigener Kraft nicht in der Lage, entsprechende Bedingungen zur Erreichung dieses Erziehungsziels zu schaffen, muss die öffentliche Jugendhilfe den Eltern eine dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall entsprechende geeignete und notwendige Hilfe zur Erziehung anbieten (nach §§ 27 bis 35 SGB VIII).
- c) Erzieherische Hilfen sind auch dann zu gewähren, wenn die dem Elternrecht durch das Kindeswohl gesetzten Grenzen überschritten sind, also eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, die Eltern aber zur Inanspruchnahme von Hilfe bereit und in der Lage sind und das Jugendamt die Gewährung dieser Hilfe zur Abwendung der Gefährdung als geeignet und notwendig erachtet (§ 8 a Abs. 1 Satz 3 SGB VIII).

Liegt eine Kindeswohlgefährdung vor, sind jedoch die Eltern nicht bereit und in der Lage, bei der Abwendung der Gefährdung mitzuwirken und die erforderlichen erzieherischen oder anderen Hilfen in Anspruch zu nehmen, muss das Jugendamt das Familiengericht anrufen. Dieses eröffnet durch eine sorgerechtlche Entscheidung die Hilfezugänge für das gefährdete Kind beziehungsweise den/die gefährdete(n) Jugendliche(n), damit dem Jugendamt eine kinder- und jugendhilferechtliche Intervention zur Herstellung beziehungsweise Wiederherstellung einer kindeswohlförderlichen Erziehung möglich wird (§ 8 a Abs. 3 Satz 1 SGB VIII).

Ohne gerichtliche Entscheidung darf die öffentliche Jugendhilfe grundsätzlich nicht gegen den Willen der Eltern tätig werden. Nur wenn eine dringende Gefahr für das Kindeswohl besteht und die Entscheidung des Familiengerichts nicht abgewartet werden kann, ist sie nicht nur befugt, sondern verpflichtet, das Kind bezie-

ungsweise den/die Jugendliche(n) in Obhut zu nehmen (§ 8 a Abs. 3 Satz 2, § 42 SGB VIII).

(Die o.g. Ausführungen sind in verkürzter Form entnommen: Deutsches Jugendinstitut e.V. (Hrsg.): Online-Version Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Heike Schmid/Thomas Meysen: Kindeswohlgefährdung als Rechtsbegriff. (Zugriff: 12.10.2012).

Das Online-Handbuch steht unter anderem auf dem Internetportal des NFZH als Web-Anwendung zur Verfügung (www.fruehehilfen.de/wissen/materialien/publikationen/publikation/).

QUITTIERUNGSPFLICHT

Seit Inkrafttreten der Hebammen-Vergütungsvereinbarung von 2007 müssen sich Hebammen ihre Leistungen von der Versicherten unter Angabe der Art der Leistung, des Datums sowie der Uhrzeit der Leistungserbringung und teilweise unter Angabe der Dauer der Leistung durch eine Unterschrift quittieren lassen (§ 4 der Anlage 1 der Hebammen-Vergütungsvereinbarung). Die Modalitäten zur Versichertenbestätigung sind in Anhang A der Anlage 1 des Vertrags zur Hebammen-Vergütungsvereinbarung nach §134a SGB V geregelt.

Quelle: Horschitz, H.; Selow, M. (2008): Hebammengebührenrecht. Vertragstext und Kommentar zur Hebammen-Vergütungsvereinbarung 2007

REGELVERSORGUNG DER HEBAMMENHILFE

In dem hier vorliegenden Leitfaden sind unter dem Begriff der Regelversorgung durch Hebammenhilfe jene Leistungen gemeint, die im Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGBV festgelegt sind. Die §§ 195 und 196 RVO enthalten den Anspruch der Versicherten nach Hebammenhilfe, deren Umfang in eben dieser Vergütungsvereinbarung beschrieben wird. Die jeweils aktuelle Fassung und die vertraglichen Details sind beispielsweise einsehbar unter www.hebammengesetz.de. Das Ziel der Hebammenhilfe ist die Förderung des regelrechten Verlaufs von Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft.

Quelle: Horschitz, H.; Selow, M. (2008): Hebammengebührenrecht. Vertragstext und Kommentar zur Hebammen-Vergütungsvereinbarung 2007

SCHWANGERENVORSORGE (DURCH HEBAMMEN)

Die Schwangerenvorsorge umfasst Vorsorgeuntersuchungen nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung (www.g-ba.de/informationen/richtlinien/19/). Die Schwangerenvorsorge ist eine Primärvorsorge, die Untersuchungen (einschließlich Urin- und Blutuntersuchungen) der werdenden Mutter und des Kindes und Beratungsleistungen umfasst

(z. B. zur Ernährung, Lebensführung und zu körperlichen Veränderungen während der Schwangerschaft). Die Hebamme ist bei einem entsprechenden Schwangerschaftsverlauf befugt, die Untersuchungen eigenständig durchzuführen beziehungsweise eine erweiterte Diagnostik zu veranlassen (z. B. Ultraschalluntersuchungen). Die Vorsorgeuntersuchungen sind Teil der Hebammenleistungen in der Schwangerschaft, die außerdem Beratungen, ein Vorgespräch, Hilfeleistungen bei Beschwerden oder Wehen sowie die Geburtsvorbereitung umfassen.

Quelle: Deutscher Hebammenverband e.V.: Empfehlungen für die Schwangerenvorsorge durch Hebammen. PDF-Dokument, Zugriff: 28.9.2012

SOZIALINDEX

Der Sozialindex besteht aus der Erarbeitung und Aktualisierung einer umfassenden quantitativen Sozialraumanalyse (z. B. Stadtteile oder Kreise) als Planungsgrundlage für den öffentlichen und nichtöffentlichen Bereich. In die Bewertung fließen Merkmale (Indikatoren) wie Arbeitslosigkeit, Einkommen, Hartz-IV-Bezug, Kinderzahl, Ab- und Zuwanderung, Wohnlage und Gesundheit ein. Diese werden in einem statistischen Verfahren (Faktorenanalyse) nach gewichteten sozialen Merkmalen ausgewertet und in verschiedenen Skalen zusammengefasst. Bei umfangreichen Datenauswertungen wird auch von einem Sozialstrukturatlas gesprochen.

TRANSPARENZGEBOT

Das Transparenzgebot ist neben dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und dem Vertrauensschutz der dritte zentrale Grundsatz für den Datenschutz. Wenn öffentliche oder nicht-öffentliche Stellen über jemanden personenbezogene Daten speichern oder verarbeiten, so soll die betroffene Personen möglichst zu jedem Zeitpunkt durchschauen können, was mit von ihr preisgegebenen oder gespeicherten Informationen geschehen soll oder bereits geschehen ist. Das Transparenzgebot bezieht sich sowohl auf Informationsgewinnung (Datenerhebung) als auch die Informationsweitergabe (Datenübermittlung), die nur auf Grundlage des Einverständnisses durch die betroffene Person erfolgen darf.

Sollte es in besonderen Fällen (z. B. in Fragen der drohenden Kindeswohlgefährdung) notwendig sein, gegen den Willen der Betroffenen Informationen weiterzugeben, greift das Transparenzgebot in der Weise, dass diese vielleicht gegen den Willen, aber nicht ohne das Wissen der Betroffenen weitergegeben werden.

Quelle: Nationales Zentrum Frühe Hilfen und Informationszentrum Kindesmisshandlung/ Kindesvernachlässigung (IzKK) am Deutschen Jugendinstitut (Hrsg.): Datenschutz bei Frühen Hilfen. Praxiswissen Kompakt. Köln 2011, S. 13–15

VORBEHALTENDE TÄTIGKEIT (VON HEBAMMEN)

§ 4 des Hebammengesetzes regelt, dass zur Leistung von Geburtshilfe – abgesehen von Notfällen – außer Ärztinnen und Ärzten nur Personen mit der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung »Hebamme« beziehungsweise »Entbindungspfleger« sowie Dienstleistungserbringer im Sinne des § 1 Abs. 2 des Hebammengesetzes (Staatsangehörige aus EU Staaten) berechtigt sind. Nach der Legaldefinition des § 4 Abs.2 HebG umfasst Geburtshilfe im Sinne dieser Vorschriften die Überwachung des Geburtsvorgangs von Beginn der Wehen an, die Hilfe bei der Geburt und die Überwachung des Wochenbettverlaufs.

Quelle: Horschitz, H.; Selow, M. (2008): Hebammengebührenrecht. Vertragstext und Kommentar zur Hebammen-Vergütungsvereinbarung 2007

WOCHENBETTBETREUUNG DURCH DIE HEBAMME

Die Wochenbettbetreuung durch die Hebamme beginnt nach der Geburt und kann unabhängig von Geburtsort (Klinik, Geburtshaus, Hausgeburt) und Geburtsverlauf in Anspruch genommen werden. Die Zeit des Wochenbetts dient der körperlichen und psychischen Erholung von Schwangerschaft und Geburt sowie der Um- oder Neuorientierung im Leben mit dem Neugeborenen.

Die Kosten für die Wochenbettbetreuung übernehmen die Krankenkassen. Die Hausbesuche werden unabhängig von Dauer und Art der Leistung mit einer Pauschale vergütet. Die Inhalte der Wochenbettbesuche unterscheiden sich je nach individuellem Bedarf und dem Verlauf des Wochenbetts. So stehen kurz nach der Geburt meist körperliche Aspekte (z.B. Wundheilung, Stillbeginn, Nabelpflege) im Vordergrund der Betreuung, später eher Beratungsthemen und psychosoziale Aspekte.

Die häusliche Wochenbettbetreuung umfasst im Wesentlichen:

Beobachtung des Neugeborenen (Abheilung des Nabels, Gewichtsentwicklung, Trinkverhalten, Verdauung, Neugeborenenengelbsucht, Anpassungsstörungen), Blutabnahme für das Stoffwechselscreening beim Neugeborenen, Anleitung zum Umgang und zur Pflege des Kindes, Unterstützung der Eltern-Kind-Beziehung, Stillanleitung und Unterstützung der Stillbeziehung, Hilfestellung bei Stillproblemen, bei Bedarf Anleitung zur Flaschenernährung, allgemeines Wohlergehen der Mutter, Überwachung der Gebärmutterrückbildung und des Abheilens möglicher Geburtsverletzungen, Wochenbettgymnastik, Informationen über prophylaktische Maßnahmen (z.B. zur Vermeidung von Allergien oder »plötzlicher Kindstod«) und Vorsorgeuntersuchungen, zu allgemeinen Ernährungsfragen sowie zur Verhütung und zur Familienplanung.

Leistungen der Krankenkassen während des Wochenbetts sind:

1.–10. Lebenstag des Kindes

Innerhalb der ersten 10 Lebenstage des Kindes können derzeit maximal 20 persönliche Kontakte oder solche mittels Kommunikationsmedien (z.B. per Telefon oder

E-Mail) abgerechnet werden. Für die Betreuung außerhalb der Klinik gilt: Beginnend vom 1. Tag nach der Geburt bis zum 10. Lebenstag des Kindes verringert sich das Kontingent um 2 Leistungen je vollendetem Tag des stationären Aufenthaltes der Versicherten im Krankenhaus. Mehr als 2 aufsuchende Wochenbettbetreuungen an demselben Tag bedürfen der ärztlichen Anordnung.

11. Lebenstag bis zur vollendeten 8. Lebenswoche des Kindes

In dem Zeitraum zwischen dem 11. Tag bis zum Ablauf von 8 Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu 16 Kontakte von Hebamme und Wöchnerin (persönlich oder durch Kommunikationsmedien) berechnungsfähig. Eine weitere Leistung an demselben Tag ist ohne ärztliche Anordnung bei Vorliegen insbesondere folgender Gründe möglich: schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung, Gedeihstörung des Säuglings, nach Sekundärnaht oder Dammriss III. Grades, Behinderung oder behandlungsbedürftige Krankheit der Mutter, bei Beratung und Anleitung der Mutter zur Versorgung und Ernährung des Säuglings im Anschluss an dessen stationäre Behandlung. Mehr als 2 aufsuchende Wochenbettbetreuungen an demselben Tag bedürfen der ärztlichen Anordnung.

Über das Wochenbett hinausgehende Hausbesuche als »Sonstige Leistungen« der Krankenkassen:

9. Lebenswoche bis zum 9. Lebensmonat des Kindes beziehungsweise zum Ende der Abstillphase

In dem Zeitraum von der 9. Lebenswoche bis zum 9. Lebensmonat des Kindes kann die Unterstützung der Hebamme bis zu 8-mal in Anspruch genommen werden (persönlich oder durch Kommunikationsmedien). Bedingung ist, dass die Mutter die Beratung und Hilfe bei Stillproblemen oder bei allgemeinen Ernährungsproblemen des Kindes benötigt. Hausbesuche aufgrund einer anderen Indikationsstellung bedürfen nach der 8. Lebenswoche des Kindes der ärztlichen Anordnung.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)
in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Direktorin: Prof. Dr. Elisabeth Pott
Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln
www.bzga.de
www.fruehehilfen.de

Autorinnen:

Ute Lange, Christiane Liebald
unter Mitwirkung von Jennifer Jaque-Rodney

Gestaltung:

Lübbecke | Naumann | Thoben, Köln

Redaktion:

Mechthild Paul

Fotos:

Cover: © Juzant/Getty Images,
S.6: © plainpicture/OJO, S.9: © plainpicture/Cultura
S.18: © plainpicture/Erickson, S.29: © plainpicture/Johner
S.34: © plainpicture/Cultura, S.42: © plainpicture/
Hollandse Hoogte

Druck:

Bonifatius GmbH Druck – Buch – Verlag
Karl-Schurz-Straße 26
33100 Paderborn

Auflage:

1.20.06.13

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin oder
den Empfänger an Dritte bestimmt.

Bestellung:

BZgA
51101 Köln
Fax: 0221 8992 257
E-Mail: order@bzga.de

Bestellnummer: 16000134

Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek:
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische
Daten sind im Internet unter <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN-Nummer: 978-3-942816-29-8

